

INSTRUMENTO EVALUATIVOS EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTO-JUVENIL



DENNIS CARDOZE

INSTRUMENTOS EVALUATIVOS EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

(De interés para psiquiatras, psicólogos, trabajadores
sociales y educadores)

Dennis Cardoze

Psiquiatra de Niños y Adolescentes

Ex Funcionario Especialista y Ex Jefe de Docencia del Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social

Ex Asesor del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial

Ex Profesor Asistente ad honorem de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá

Coautoras

María Silvia Amaya

Psiquiatra de Niños y Adolescentes de la Caja de Seguro Social

Profesora Asistente Honoraria de las Cátedras de Psiquiatría e Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

Laura Esther Araba

Maestra de Educación Especial

Especialista en Retos Múltiples

Instituto Panameño de Rehabilitación Especial

Universidad de Las Américas (UDELAS)

Cecilia Arango

Coordinadora de Trabajo Social

Instituto Panameño de Rehabilitación Especial

Irina del Carmen Caballero

Psiquiatra de Niños y Adolescentes

Hospital Materno Infantil

David, Chiriquí

Isabel Mateluna

Psicóloga Clínica

Magíster en Psicología Educativa.

Yadilka Moreno

Psicóloga

ÍNDICE

Sección	Página
Introducción.....	7
Metodología.....	11
Cuestionario para Familiares de Niños Incluidos.....	18
Inventario de Conductas y Destrezas para Niños con Necesidades Especiales.....	34
Escala de Síntomas del Espectro Autista.....	51
Escala de Detección de Niños con Síntomas de Autismo.....	59
Escala de Riesgo Socio-Cultural.....	67
Escalas de Conducta y Desempeño Escolar.....	78
Escala de Hábitos de Estudio.....	97
Escala de Relaciones Padres-hijos.....	107
Escala de Relaciones Madre-hijo(a).....	119
Escala de Relaciones Padre-hijo(a).....	125
Escala Auto Evaluativa Autoestima.....	131
Escala Auto Evaluativa de Depresión.....	145
Escala Auto Evaluativa de Ansiedad Generalizada.....	161
Bibliografía de referencia.....	175

INTRODUCCIÓN

En este libro presentamos una serie de instrumentos de evaluación que pueden ayudar al profesional de la salud mental juvenil y al educador especializado, a detectar posibles casos de autismo infantil; a conocer la opinión de los padres de familia sobre el proceso de inclusión educativa de sus hijos; a evaluar y planificar objetivos en el trabajo de habilitación y enseñanza de niños con necesidades especiales; a cuantificar y dar seguimiento a jóvenes que viven relaciones conflictivas con sus padres; a revelar estados depresivos, de baja autoestima, de ansiedad generalizada, así como a trastorno de hiperactividad con déficit de la atención, trastornos conductuales, emocionales y de aprendizaje en el medio escolar; a conocer los hábitos de estudio de los alumnos y también antecedentes de violencia intrafamiliar contra los niños o jóvenes.

Si bien es verdad que una historia clínica correctamente hecha, así como la observación y el conocimiento del paciente durante las entrevistas, aportan elementos importantes para el diagnóstico de estos trastornos o situaciones, el disponer de instrumentos que permitan la recolección de información contribuye a completar la labor clínica o educativa y permite hacer un seguimiento más objetivo y organizado. No se trata de disponer de ellos como el único o el principal método de diagnóstico, sino de medios auxiliares de trabajo que, como muchas otros de los que se utilizan en las ciencias psicológicas y biológicas, pueden darnos resultados de falsos positivos o falsos negativos, por lo que es necesaria la experiencia para saber cómo aplicarlos y qué valor darles dentro del contexto determinado.

Existen actualmente una gran variedad de escalas, inventarios y cuestionarios en el mundo de las ciencias psicológicas, médicas y sociales con este propósito, de manera tal que prácticamente no existe un área de estudio o trabajo en estas disciplinas para la cual no se haya elaborado algunas de estas herramientas. Seguramente seguirán apareciendo más cada año al aumentar el número de profesionales dedicados a la investigación en estas ciencias.

Por otra parte, casi todos estos documentos complementarios de diagnóstico se producen y se normalizan fuera de nuestro medio, especialmente en los países del

llamado primer mundo, entre los cuales se destacan los países anglosajones. Esto conlleva el que no estén asequibles para la mayoría de nuestros profesionales, que su costo sea alto y que no siempre se ajustan con propiedad a la población de nuestro país (niños, padres y docentes).

Estos factores mencionados, posiblemente influyan en el hecho de que no existe costumbre entre los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales que trabajan con niños y adolescentes en los países “no productores”, de utilizar escalas o inventarios con los pacientes y sus familias, dedicándose fundamentalmente a una historia clínica inicial –no siempre completa – y a breves apuntes en cada cita de atención o a evaluaciones poco estructuradas en el caso de la educación especial. Esta situación, aparte de desaprovechar la utilización de estos medios auxiliares para un mejor diagnóstico y seguimiento, no permite que los expedientes se presten para ulteriores fines de investigación o de exposiciones más detalladas y organizadas de los casos atendidos. Los mexicanos Apiquián, Fresán y Nicolini opinan que una limitante de la mayoría de los instrumentos clinimétricos es que han sido creados en lenguas diferentes al castellano lo que genera que la disposición de información clínica, o bien la realización de investigación a través de este método de captura se haya retrasado para los psiquiatras de habla castellana y añaden que es impostergable el poder disponer de este tipo de instrumentos en nuestro idioma de manera que se facilite, en primer lugar, las investigaciones de acuerdo a los estándares actuales, y en segundo lugar, tener una práctica clínica y educativa con evaluaciones más objetivas.

Se debe mencionar también el hecho de que en nuestros países tercermundistas existe la tendencia, una indolencia crónica, a dejar que todo nos venga del extranjero y a dar poco valor y por lo tanto poco uso, a lo realizado por sus compatriotas. No se suele pensar que nosotros podemos también desarrollar nuestras propias investigaciones, en este caso concreto sobre los instrumentos que motivan esta publicación, y aportar así escalas o cuestionarios útiles y a costos muy bajos que no tienen nada que pedir a las que se importan. En este sentido, se hace ya urgente desterrar esa especie de colonialismo mental a la que aún estamos sometidos; esa 1

especie de bloqueo de la voluntad que nos produce la cantidad abrumante de literatura científica foránea, especialmente anglosajona, o más concretamente norteamericana.

Un ejemplo de lo que venimos diciendo es que no es raro que alguien nos diga: ¿Para que hacer aquí escalas o cuestionarios clínicos si ya existen en otros países? Si para preguntas como esta no tuviéramos respuestas, entonces es mejor que nos abandonemos a ser siempre los eternos alumnos y los permanentes recipientes de todo lo que nos quieran decir e inculcar allende nuestras fronteras. Una cosa es el intercambio y el aprendizaje mutuo, y otra es la falta de energía intelectual que nos convierte en sumisos consumidores. No se trata, por supuesto, de restar méritos a lo producido en otros países, pero tampoco de desvalorizar lo que en el propio podamos lograr.

No es necesario pues, justificar ningún intento de crear nuestros propios instrumentos de trabajo clínico en base a estos argumentos de los “pobres de espíritu”, pero sí en base a las necesidades de nuestra labor como profesionales de la salud mental infanto-juvenil. Lo hacemos porque queremos, podemos y lo necesitamos. Puede ser que el lector de otros países latinoamericanos se sorprenda que hayamos dedicado algunas líneas a este tema, pero de ser así lo invitamos a que reflexione si lo mismo no sucede, en mayor o menor medida, en su área geográfica.

A finales de los años setenta, el autor principal de este libro se inició en la confección de escalas clínicas con un trabajo de traducción y modificación de la escala de depresión infantil de Beck en España. Este instrumento se denominó el Cuestionario Español de Depresiones Infantiles o CEDI. Unos años después, en los inicios de la década de los ochenta, publicó un trabajo en la Revista Latinoamericana de Psicología sobre cuatro escalas para detectar y cuantificar la depresión en niños y adolescentes: auto evaluativa, para maestros, para padres y para el clínico. La de depresión que se presenta en este libro es una modificación de aquella auto evaluativa mencionada. Poco tiempo después del trabajo con las cuatro escalas de depresión, desarrolló una escala de ansiedad que sirvió de base para la tesis de licenciatura en Psicología del Ex Ministro de Educación, el doctor Miguel A. Cañizales, y quién aplicó dicha escala a una

población de niños de escuela primaria de la ciudad de Colón. Esta escala, algo modificada, es la que damos a conocer en el capítulo 5 de esta obra.

Creemos, pues, en la utilidad de estas escalas y pensamos que los médicos, psicólogos, trabajadores sociales y educadores hispano-parlantes, debemos seguir trabajando en ellas, pero también estamos conscientes de las limitaciones que estos instrumentos tienen y las precauciones necesarias a la hora de utilizarlas, especialmente en lo que se refiere a su validez y confiabilidad en los diferentes grupos de edad. En este sentido, hemos notado que mientras más joven el niño más posibilidades hay de respuestas menos fiables. Por esta razón, preferimos administrar las formas auto evaluativas en los niños de 10 años en adelante. Adicional a esto, nuestro entusiasmo no llega a ser tan extremos como el de quienes pretenden fundamentar casi toda su labor de diagnóstico en las escalas o inventarios confiriéndoles garantías excesivas.

Esta edición es una ampliación de la que originalmente se publicó con el título de “Escalas Clínicas en Psiquiatría Juvenil” y que ahora incorpora nuevos cuestionarios y escalas de interés también para educadores especiales y trabajadores sociales.

Los resultados del análisis estadístico de las escalas, aunque dan valores dentro del rango de “muy buenos”, se irán confirmando con estudios futuros, tanto de los autores como de otros interesados en aportar nuevos resultados con ellas. Los estudios de confiabilidad, validez y análisis factorial se deben confirmar con nuevas investigaciones como es habitual con este tipo de medios auxiliares de diagnóstico.

Nuestro interés no es comercial, por eso los documentos que se presentan en este libro pueden ser reproducidos y utilizados por las personas interesadas con fines clínicos, de investigación o docentes, con la única condición de que lleven el nombre del autor, y con el ruego de que se le comunique cualquier estudio que se realice con ellas.

METODOLOGÍA

En este trabajo se siguió la metodología recomendada para la confección, validación y estudios de confiabilidad en el caso de las escalas clínicas. Los pasos que se dieron fueron los siguientes:

1. Revisión de la literatura sobre los temas de los que tratan las escalas.
2. Planeamiento de los reactivos o ítems que conformarían las escalas y su forma de presentación.
3. Consulta con otros expertos en la materia sobre los ítems que conformarían cada escala.
4. Depuración de los ítems para dejar la forma final de los mismos en cada instrumento.
5. Aplicación de las escalas a población escolar y a población clínica.
6. Procesamiento estadístico:
 - a) Media, desviación estándar y error estándar.
 - b) Datos de consistencia interna.
 - c) Análisis factorial.
 - d) Chi cuadrado y t-Student.

1. Revisión de la literatura

Esta revisión fue encaminada específicamente a la sintomatología de los trastornos o rasgos que intentan medir las escalas, y a las clasificaciones actuales como la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, y al DSM-IV utilizado en Norteamérica. De esta manera se deseaba recoger información de consenso entre todas las fuentes consultadas en relación a la forma de manifestarse trastornos como la depresión, la ansiedad generalizada, la baja autoestima, la hiperactividad con déficit de la atención, la conducta oposicionista, los conflictos en las relaciones padres-hijos y los hábitos de estudio deficientes.

2. Planeamiento de los reactivos

Con la información recogida y la experiencia clínica acumulada por el autor de las escalas, se procedió a elegir los ítems que conformarían cada una de ellas. En la

confección de las escalas se prefirió la de tipo Likert con graduación no mayor de 0 a 4 siendo la mayoría graduada de 0 a 2. En algunos casos los reactivos están planteados en forma afirmativa y otras a modo de pregunta, y a cada intervalo de la graduación corresponde un significado que varía según la escala, ya sea que hace alusión a la frecuencia (muchas veces, pocas veces, nunca o casi nunca), o a la veracidad o falsedad del enunciado (cierto, no muy cierto o falso).

3. Consulta con otros expertos

Una vez construidas las escalas, se le presentaron a otros especialistas en salud mental infanto-juvenil (paidopsiquiatras y paidopsicólogos) en número de 3 ó 4 para que opinaran si los reactivos elegidos se referían a los trastornos o rasgos que se querían medir. Ninguno de ellos puso objeción a los ítems de cada una de las escalas en este sentido.

4. Depuración de los ítems

Una vez construidas las escalas, se le pidió a grupos de entre 30 y 40 jóvenes o padres (según a quién iba dirigida la escala) que leyeran los reactivos o ítems, para modificar la redacción de aquellos que no fueran de fácil comprensión. En este proceso los cambios que se tuvieron que hacer fueron muy pocos.

5. Aplicación de las escalas a las poblaciones escolar y clínica

Las muestras escolares consistían de estudiantes entre 10 y 17 años de edad, de ambos sexos, y de instituciones educativas públicas y privadas. Se hizo una primera aplicación previa instrucción a los examinados y se aplicó el retest 6 semanas después. Se eliminaron aquellas escalas que dejaron más de dos ítems sin contestar. En el capítulo correspondiente a cada escala se muestra la población escolar que fue examinada. La población escolar a la que se aplicaron las escalas osciló entre 100 a 200 estudiantes.

Las muestras clínicas fueron las de pacientes que ingresaron a la sala de internamiento del Servicio de Psiquiatría del Niños y Adolescentes del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social, y los que acudieron a la consulta del mismo Servicio. Estos pacientes también fueron de ambos sexos y con edades entre 10 y 17 años. Las muestras clínicas oscilaron entre 50 y 100 pacientes. Las escalas de Conducta y Desempeño escolar fueron contestadas por los maestros

de los pacientes que estaban bajo estudio en la Clínica del Niño Hiperactivo. Por cada niño o adolescentes hubo más de un maestro que contestó las escalas, por lo que el número de éstas analizado fue mayor que en el caso de otras escalas aplicadas en la consulta externa o el hospital.

En el caso de la Escala de Síntomas del Espectro Autista y del Inventario de Conductas y Destrezas para Niños con Necesidades Especiales la población consistió de niños y niñas con autismo y otras condiciones discapacitantes que eran atendidos por docentes del Instituto Panameño de habilitación Especial.

La escala de hábitos de estudio se aplicó a padres de pacientes de la consulta externa y de estudiantes de una de las escuelas. Todos los examinados lo fueron previo consentimiento de cada uno de ellos y de los directores de las escuelas en el caso de la muestra escolar. A los de la muestra clínica se les aplicó las escalas como parte de los procedimientos de diagnóstico.

6. Procesamiento estadístico

Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizó el programa para computadora SYSTAT 10.2, versión 2002. La forma de presentación de los valores en cada capítulo es como la da este programa.

La información estadística que presentamos se refiere a:

a) La media de los puntajes de cada muestra para cada escala, la desviación estándar y el error estándar.

b) Los resultados del análisis de consistencia interna. En este análisis se muestran los siguientes datos:

- La correlación entre ambas mitades de cada escala.
- El coeficiente Spearman-Brown: este coeficiente esta basada en la suposición de que las dos mitades de una prueba son estrictamente paralelas.
- El coeficiente Guttman-Rulon: este coeficiente también supone que ambas mitades son paralelas en todo sentido excepto por tener varianzas diferentes.
- El coeficiente alfa de Cronbach: es una de las medidas de consistencia interna más utilizadas en este tipo de pruebas. Se refiere a qué tan bien un

grupo de variables miden una dimensión única latente o una entidad o variable común.

- La confiabilidad de cada uno de los ítems. En este análisis se dan la medida de cada ítem, su desviación estándar, su correlación con la escala total, su índice de confiabilidad, la correlación ítem-total si el ítem fuera excluido del total y el alfa de Cronbach si el ítem fuera excluido de la escala.

Para todas las correlaciones se utilizó la fórmula de Pearson y se trabajó con un 95% de probabilidad ($p < 0.05$).

c) Se realizó el análisis factorial a través de los siguientes pasos:

- Análisis de los componentes principales de la matriz.
- Extracción de factores en base al “Scree Plot” o Gráfico de Factores, con rotación Varimax. (Cattell, citado por Kline).
- Se consideraron cargas factoriales significativas por arriba de 0.30 (Kerling).
- Se evitó considerar factores con menos de 4 ítems con cargas significativas (Kline).

d) Para conocer si habían diferencias significativas entre grupos conocidos se utilizó en algunos casos la prueba t de Student y la de Chi cuadrado, la primera para conocer si hay diferencias significativas entre las medias de los puntajes (variables continuas) de los grupos y la segunda para verificar la independencia de éstos (variables categóricas).

La validación.

Para la validación de las escalas presentadas en este libro se tomó en consideración los siguientes tipos de validez:

- a) Validez de contenido.
- b) Validez de apariencia.
- c) Validez de criterio.
- d) Validez de construcción hipotética o de constructo.

La validez de contenido ha sido definida como la que muestra hasta que punto, los reactivos o ítems de la escala abarcan los diferentes aspectos de la variable subyacente que se pretende medir. Un método utilizado para este tipo de validación es

el de la correlación biserial de los ítems con el total de la escala. Para cada una de nuestras escalas utilizamos este procedimiento que se encuentra en el paquete de análisis que ofrece el Systat 2.10.

La validez de apariencia o de fachada se relaciona con la aprobación de los expertos en la materia sobre si los ítems seleccionados en una escala están relacionados con la patología, rasgo, actitud o cualquier otro tipo de variable subyacente que se desee medir.

La literatura existente sobre el concepto o tema que se quiere estudiar puede servir también de fundamento para la validez de apariencia. Las escalas aquí presentadas cumplieron con la norma del consenso de los expertos (todos especialistas en el área de la salud mental de menores), y teniendo como punto de referencia los aportes de la literatura existente como las clasificaciones internacionales y los textos. También se compararon los aspectos teóricos del concepto representados por los ítems con el de otros instrumentos cuando los había disponibles.

La validez de criterio se logra cuando se compara el instrumento confeccionado con otros ya validados o con parámetros establecidos o “reglas de oro”. Cuando, por ejemplo, estudiamos la correlación entre una escala nueva y otra ya conocida y estudiada, y obtenemos un resultado positivo significativo, entonces podemos hablar de una validez de concurrencia. Siempre que se pudo, se hizo el estudio de correlación con otro instrumento similar ya estudiado (Escala de Rosenberg para la Autoestima, la Escala de Depresión de Zung, la Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada).

La validez de constructo mide hasta qué punto los indicadores o características observables miden el concepto que en el que se fundamenta el objetivo de la investigación: en el caso de estas escalas, serían la depresión, la autoestima, la ansiedad generalizada, las relaciones entre padres e hijos, el hábito de estudio y las conductas y el desempeño escolar. Con la finalidad de obtener este tipo de validación se pueden utilizar la técnica de los grupos conocidos, la cual a nuestro juicio puede correr el riesgo de la circularidad, y la técnica del análisis factorial. En cuanto al primer método, se utilizó con algunas de las escalas tratando de comparar grupos extremos para mayor seguridad. El segundo intenta discernir el grado en que los indicadores o definiciones operativas reflejan el concepto, son parte de él o lo constituyen. Examina si

los indicadores tiene algo en común y mide sus correlaciones: esta estructura subyacente se denomina factor. Para cada escala se hizo un análisis factorial como ya se mencionó más arriba y se verá en los capítulos correspondientes.

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE LAS ESCALAS Y CUESTIONARIOS

Los resultados de los estudios preliminares con estos instrumentos evaluativos que en este libro se presentan, muestran niveles de consistencia interna y confiabilidad de buenos a muy buenos y, en nuestra opinión, también revelan diferentes tipos de validez según los casos (de criterio, apariencia y de concurrencia en las escalas en las que se pudo verificar) aunque queda por confirmar en estudios posteriores, la validez de constructo y los factores obtenidos en cada escala.

Es necesario dar algunas recomendaciones para el uso de estos instrumentos clínicos:

1. No deben ser utilizadas como instrumentos de diagnóstico únicos, sino como complementos de la historia y el examen clínico médico.
2. Pueden aplicarse en forma individual o colectiva. En este último caso, se debe explicar a los examinados que se trata de un instrumento que mide las emociones, sentimientos, pensamientos o experiencias de cada persona, y no deben tratar de copiar las respuestas de los demás,
3. Se debe garantizar a quienes responden los ítems la confidencialidad de las respuestas.
4. Se debe solicitar a quienes las han de contestar que primero lean todos los ítems, y se aseguren de que los han entendido, de lo contrario, que pregunten por el sentido de aquellos que no han comprendido antes de responder la escala o cuestionario en cuestión.
5. Se debe explicar a los respondientes que no contesten con más de una calificación cada ítem, y que no dejen ninguno sin responder.
6. El examinador tiene que asegurarse de que se ha respondido a todos los ítems una vez terminada de llenar la escala o cuestionario,

7. El examinador no debe inducir respuestas en los que contestan las escalas o cuestionarios.
8. Las escalas de autoevaluación deben aplicarse al menos dos veces antes de considerar los resultados útiles para apoyar el diagnóstico del trastorno que se está midiendo.
9. Una vez hecho el diagnóstico, es recomendable aplicar cada dos meses, si se trata de una escala, para valorar la evolución del trastorno.
10. Las Escalas de Conducta y Hábitos escolares deben enviarse a los docentes de los estudiantes que están siendo vigilados o tratados por trastornos incluidos en ellas cada dos meses.
11. Los sujetos con discapacidad cognitivas u otras discapacidades que les imposibilitan para contestar las escalas autoevaluativas, no deben ser examinados con ellas.

CUESTIONARIO PARA FAMILIARES DE NIÑOS INCLUIDOS

D. Cardoze

La educación inclusiva

La educación inclusiva es la etapa previa de la verdadera inclusión social, la cual es el fundamento de una sociedad verdaderamente democrática. No basar el sistema educativo en una cultura y prácticas inclusivas, nos lleva necesariamente a situaciones de marginación de un sector de la población infantil y juvenil que verá así limitadas sus oportunidades laborales y sociales, lo que repercute a su vez en la calidad de vida personal. La educación inclusiva supone como condición *sine qua non* que es el sistema el que se tiene que adaptar a la diversidad del alumnado y no al revés como ha venido sucediendo durante décadas. Cuando el sistema educativo no está en función de los alumnos sino que por el contrario, impone barreras muchas veces infranqueables, cuando carece de toda flexibilidad para dar respuesta a toda la diversidad del alumnado tomando en consideración sus diferentes estilos y ritmos de aprendizaje, entonces se convierte en el paradigma de una educación antidemocrática. Se podría decir que este tipo de oferta educativa es del tipo de “lo toma o lo deja”. Es decir, los alumnos tienen que adaptarse a las exigencias de planes educativos cuya única función es cumplir a rajatabla un programa curricular, sin importar a cuántos deja en el camino, ignorando el hecho incontrovertible de que ninguna persona es igual a otra y que, por lo tanto, no se puede practicar procesos de enseñanza-aprendizaje basándose en una supuesta homogeneidad de capacidades y haciendo tabla rasa de toda individualidad.

La educación democrática tiene que colocar a cada uno de los niños y jóvenes educandos en el centro del sistema, respetando profundamente sus peculiaridades biológicas, psicológicas, culturales y sociales. Esto a su vez supone cambios importantes en las formas de llevar a cabo el proceso de educación escolar, haciendo que la escuela sea un lugar beneficioso desde todo punto de vista; que agrade a todos los estudiantes y a sus padres; que sea, en pocas palabras, una escuela exitosa.

No cabe duda de que una sistema de educación inclusiva tiene que cuidar muchos aspectos para lograr sus objetivos: unas estructuras arquitectónicas

funcionales y accesibles; docentes con vocación imbuidos de un verdadero amor por sus alumnos, pero también debidamente capacitados para dar respuestas a sus necesidades; directores con capacidad de liderazgo que logren que el centro educativo funcione de manera eficiente con la participación real de la comunidad educativa; y sobre todo, una visión de la formación escolar que trascienda más allá de lo puramente académico, que tenga como norte el pleno desarrollo de la persona a nivel físico, emocional, moral, cívico y social. El haber dado preeminencia a la adquisición de conocimientos y basar la promoción de los estudiantes únicamente con este criterio, ha sido un error histórico que se ha pagado caro durante muchas generaciones. La escuela de corte academicista dejó de lado el interés por los problemas reales de los niños y jóvenes quienes la vieron siempre como un lugar de sufrimiento y de la que muchos salieron y siguen saliendo, con secuelas de traumas emocionales y psicológicos.

Pero, las víctimas de tal sistema no fueron únicamente estudiantes de todas las edades y de ambos sexos, sino también sus padres, quienes sufrieron junto a ellos todas las calamidades a las que se vieron sometidos cuando el sistema consideró que no “daban la talla” o no se adaptaban a sus requerimientos. Los conflictos padres-escuela lejos de ser infrecuentes, han venido aumentando en los últimos años en muchas partes del mundo occidental, y lo mismo ha sucedido con las posturas de rebeldía de los estudiantes, lo que nos está señalando de modo claro, que los sistemas educativos tienen que transformarse para dar paso a una educación que satisfaga a todos y destierre de una vez por todas esa visión de una enseñanza impositiva, rígida, discriminadora, traumatizante y en muchos aspectos deshumanizada.

Las instituciones escolares que se abocan por el camino de la educación inclusiva deben caracterizarse entre otras cosas, por una práctica que tenga como principios:

- Un respeto profundo hacia el niño y sus padres y de estos hacia los docentes.
- Aceptar e integrar a las actividades y tareas escolares a todos los estudiantes, independientemente de que tengan o no una condición que los predispone a una situación de discapacidad.

- Un clima colaborativo más que competitivo; de estudiantes ayudando a estudiantes a desarrollar tareas.
- La protección del desarrollo emocional de los alumnos.
- La promoción de la salud física de todos los estudiantes.
- Estimular las capacidades potenciales de cada uno de los niños y jóvenes fomentando las destrezas cognitivas: enseñar a pensar.
- La enseñanza de los contenidos de forma integrada, coherente y significativa: la enseñanza-aprendizaje basada en la horizontalidad de ejes temáticos.
- La eliminación de todo tipo de barreras para el aprendizaje, y especialmente aquellas que se originan en el propio sistema educativo y de las actitudes negativas de algunos docentes y directores, lo que implica la adecuación de la enseñanza a la diversidad de ritmos y estilos de aprendizaje del alumnado.
- Una disciplina de tipo positivo como parte del currículo escolar que incluya además, planes de prevención desde el preescolar.
- La adecuación de las estructuras físicas para facilitar el acceso y la adaptación a los niños y jóvenes con condiciones físicas limitantes (motoras, visuales, auditivas, mentales).
- La creación de recursos didácticos y el aprovechamiento de los que existen en la comunidad.
- Las acciones docentes para los padres de familia y su inserción en el proceso educativo de sus hijos.
- Acciones conjuntas con las instituciones y líderes de la comunidad en beneficio del aprendizaje y educación de los niños y jóvenes.

La educación inclusiva es un proceso que toma varios años para consolidarse pero no tiene un final definitivo, ya que siempre pueden estar surgiendo nuevas barreras que impidan o limiten el acceso al aprendizaje de algún sector de la población estudiantil y por tanto, debe también estar sujeto a una supervisión y autocrítica constante. Esta acción debe partir de todos y cada uno de los componentes de la comunidad educativa: alumnos, padres, docentes, directivos, profesionales de apoyo a

la escuela, representantes de las comunidades y también de las instituciones gubernamentales, especialmente del Ministerio de Educación.

El cuestionario

La forma en la que perciben los padres o acudientes de los alumnos el proceso de inclusión con sus virtudes y sus defectos, es uno de los principales indicadores de su buena marcha. Son los padres quienes se percatan del adelanto o el estancamiento del aprendizaje de sus hijos, así como de sus buenas y malas experiencias en las escuelas, las cuales repercuten de una u otra manera en la vida familiar. Es posible que un padre o madre de familia se encuentre muy satisfecho con el rendimiento escolar de su hijo y que perciba su escuela como muy buena por razones como la importancia que dan a algunas asignaturas de las llamadas “académicas”, porque cargan a los estudiantes con muchas tareas para la casa o porque practican un estilo disciplinario autoritario, sin saber en realidad qué es lo que hace que una escuela sea realmente de calidad. Incluso muchos llegan a pensar que un centro educativo en el que existan alumnos que requieran atenciones más individualizadas y adecuaciones curriculares, es de baja calidad, defendiendo así una escuela elitista a la que solamente puedan acudir estudiantes con “buena capacidad para aprender”, lo que quiere decir: que se puedan amoldar al sistema sin obligar a este a hacer cambios en beneficio de unos pocos “con problemas para aprender” retardando, en su opinión, el aprendizaje de los demás, de los “sin problema”.

El cuestionario que nos ocupa en este capítulo está destinado a los padres o tutores de los niños que asisten a escuelas inclusivas o en proceso de serlo. Ya fue utilizado a finales del año 2006 en una investigación sobre la percepción del proceso de inclusión en escuelas de 6 provincias del país en la que 240 familiares lo respondieron sin mayores dificultades. Si bien en este estudio el cuestionario se aplicó a padres de niños incluidos que presentaban alguna condición limitante física o intelectual, no quiere decir que no se pueda utilizar para recabar información en relación a los demás estudiantes. La educación inclusiva, como ya hemos dicho, se transforma la escuela para atender la diversidad y no solamente a un sector de la misma.

El cuestionario consta de 25 ítems que hacen alusión a diferentes aspectos de una educación exitosa o de tipo inclusivo. Siendo destinado a padres, se evita hacer uso de términos técnicos y se intenta plantear las preguntas de forma sencilla y comprensible. Describiremos a continuación cada uno de las preguntas o ítems del cuestionario.

1. ¿Su hijo(a) se siente a gusto en la escuela? Nos informa sobre cómo vive el alumno la experiencia escolar: si es satisfactoria o gratificante, o si por el contrario es atemorizante, agobiante, angustiante o aburrida.
2. ¿El (la) maestro(a) de grado trata a su hijo(a) con respeto? Se pregunta aquí por algo fundamental de la relación alumno-docente que es el respeto de aquel a la integridad psíquica y moral del estudiante.
3. ¿Otros alumnos ayudan a su hijo(a) en el aprendizaje? Es decir, que han logrado los maestros y profesores en la tarea de sensibilizar a los estudiantes para que se sientan dispuestos a trabajar de manera colaborativa, con espíritu altruista y de verdadera compañerismo.
4. ¿Los demás alumnos tratan amistosamente a su hijo(a)? Hasta dónde la educación que se imparte en la escuela ha conseguido que se desarrolle en el alumnado el respeto mutuo, el cultivo de la amistad y la aceptación de cada uno de los niños y jóvenes de parte de los grupos.
5. ¿Los maestros tratan de que la enseñanza de las materias se adapte a la manera de aprender de su hijo(a)? O sea, ¿están los docentes tomando en cuenta la diversidad de estilos y ritmos de aprendizaje de cada uno de sus alumnos? ¿Se hace un esfuerzo por adecuar el contenido de las asignaturas para facilitar su asimilación por parte de los estudiantes con lo requieren?
6. ¿El (la) maestro (a) de grado recibe el apoyo de la maestra de educación especial para facilitar el aprendizaje de su hijo(a)? Es importante conocer qué papel está desempeñando el o la especialista en educación especial en una escuela que quiere ser inclusiva. ¿Trabaja con el docente regular estrechamente orientándolo en relación a las adecuaciones curriculares?

7. ¿Los maestros cuentan con usted para planificar y desarrollar el proceso de aprendizaje de su hijo(a)? La participación de los padres en el proceso educativo es esencial en un marco inclusivo. Los padres conocen bien a sus hijos y pueden dar mucha información valiosa sobre ellos: sus gustos y aficiones, sus hábitos de estudio, su estilo de vida, sus fortalezas y debilidades así como de los problemas familiares que pueden influir negativamente en su rendimiento. En el caso de los alumnos que requieran la elaboración de un plan educativo individualizado, esta información se torna aún más valiosa, pero además de ser fuente de información, los padres deben conocer los objetivos que se planifiquen con el estudiante y aprender a dar apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje en el hogar.
8. ¿la escuela tiene facilidades de acceso para que niños con discapacidades o limitaciones físicas (para llegar a ella desde la entrada, para utilizar los servicios higiénicos, para desarrollar actividades durante el recreo, para ayudarlos a moverse por las diferentes dependencias, para evitar los peligros, etc.)? No se trata solamente de la eliminación de las barreras físicas para niños con condiciones limitantes permanentes, sino también para aquellos que en un momento de su vida pueden sufrir alguna lesión transitoria que le impida deambular normalmente por la escuela.
9. ¿El (la) maestro (a) de grado tuvo contacto con usted y su hijo(a) para conocer las fortalezas y debilidades de este(a) antes de iniciar las clases al inicio del año escolar? Es decir, si el docente se interesó por hacer un examen de las habilidades y conocimientos del alumno para saber de dónde debe partir con ese alumno para facilitarle el aprendizaje y para poder ayudarlo a superar sus dificultades ya sean académicas, conductuales, emocionales o sociales.
10. ¿Los maestros(as) recibieron orientación de parte de otros profesionales como psicólogos, especialistas en lenguaje, especialistas en dificultades del aprendizaje y otros diferentes al docente de educación especial para ayudar a su hijo(a) a superar sus debilidades en el aprendizaje y otras? Se refiere esta pregunta a la labor de los equipos técnicos en una escuela inclusiva,

que más que clínica, debe ser de apoyo y orientación a docentes y padres de familia.

11. ¿A usted se le atiende y se le escucha cuando tiene alguna preocupación acerca de la escuela? El respeto y la consideración por el padre de familia es fundamental para una buena relación escuela-familia, y por ende, para la buena experiencia escolar de los niños y jóvenes. Si los padres se sienten desatendidos, o que sus opiniones no cuentan para nada, esta relación puede deteriorarse lo suficiente como para dañar la labor pedagógica y crear conflictos que terminarán por hacer que el estudiante abandone la escuela, que los padres se sientan frustrados y engañados adoptando a veces posturas desafiantes, pero sobre todo, se perjudica la imagen de la escuela que se percibe entonces como una entidad cerrada y por lo tanto para nada inclusiva.
12. ¿El (la) maestro (a) de educación especial le da orientación a usted sobre la forma de trabajar los deberes escolares con su hijo(a)? Igual que en la pregunta o ítem 6, esta nos remite a la labor del docente de educación especial en la escuela, pero en este caso con los padres de familia de aquellos niños que necesitan adecuaciones, o aquellos que tienen dificultades para organizarse, atender y concentrarse, o para ser independientes a la hora de estudiar en el hogar.
13. ¿Cuándo su hijo(a) tiene que ausentarse de la escuela por alguna razón, el personal de la escuela se interesa por saber la causa? En una buena escuela, lo que es sinónimo de escuela inclusiva, el interés por el niño o joven no se limita a su rendimiento académico sino también por todo aquello que pueda afectar su vida para bien o para mal.
14. Cuando su hijo(a) tiene alguna conducta inapropiada la reacción de los maestros es... En este ítem planteado de forma afirmativa para elegir la respuesta, esta nos dice acerca del concepto de disciplina que se maneja en una escuela: si es una disciplina de tipo positivo o de tipo negativo, centrada en el castigo o la amenaza como es lo habitual pero no lo propio de un sistema educativo centrado en el interés del estudiante.

15. ¿Su hijo(a) participa de todas las actividades que realizan los demás? Con esta pregunta queremos saber si la inclusión del alumno es real o no lo es, impidiendo la plena integración de este a todas las actividades que realizan sus compañeros. Esto es frecuente que suceda con alumnos que presentan discapacidades o dificultades conductuales o de aprendizaje y que por tales razones se ven privados de participar de ciertas actividades (deportes, actos públicos, visitas didácticas, fiestas, etc.).
16. ¿Su hijo(a) dispone de los materiales y medios adecuados para el aprendizaje? La escuela no solamente debe preocuparse por atender la diversidad de los alumnos y facilitar el aprendizaje mediante adecuaciones a aquellos que las requieren, sino también por crear o conseguir los recursos didácticos necesarios para poder desempeñar esa labor eficientemente. Estos recursos van desde los propios de la vida moderna como los que la ciencia informática nos brinda, la Internet, las calculadoras, los aparatos multimedia y otros, sino también lo tradicionales como una biblioteca bien surtida, materiales para el desarrollo de la creatividad (para el dibujo, las artes plásticas, los instrumentos musicales, etc.).
17. ¿Hay en su comunidad recursos profesionales disponibles para ayudar a su hijo(a) (médicos especialistas para su condición, psicólogos, especialistas en lenguaje, fisioterapia, trabajo social y problemas de aprendizaje)? En un proceso de inclusión es necesario que se involucren otras instituciones además de las educativas, como las de salud, de desarrollo social y otras. Al no existir estos recursos en una comunidad, muchos niños y jóvenes con problemas de salud física y/o mental que necesitan asistencia clínica que la escuela no puede suministrar ni tampoco el equipo técnico de apoyo, tendrán más dificultad en superarlos y así lograr un mejor desarrollo personal y educativo.
18. ¿La escuela a la que asiste su hijo(a) hace uso frecuente de los recursos que hay en la comunidad para apoyar el proceso de enseñanza-aprendizaje (parques, áreas verdes, industrias, instalaciones de salud, cuarteles de policía y de bomberos, museos, bibliotecas, etc.)? La formación escolar no

se puede limitar a las actividades internas del centro; es importante ir a las fuentes mismas de los conocimientos y esto se logra en su mayor parte llevando a los estudiantes a desarrollar actividades extra muros aprovechando los recursos existentes en la propia comunidad y en otras áreas de la ciudad o del país. Las primeras, las de la comunidad en la que se inserta el centro escolar, están más al alcance para ser visitadas frecuentemente.

19. Si su hijo(a) tuvo o tiene dificultades para comunicarse con lenguaje verbal (hablando) ¿se le está dando terapia para aumentar su lenguaje o se le ha enseñando o se le está enseñando alguna forma de comunicación alternativa (con señas, con imágenes u otra)? La capacidad para comunicarse es básica para la habilitación y el aprendizaje de los niños con limitaciones en este sentido. La aplicación de métodos de lenguaje aumentativo o alternativo suele ser una de las deficiencias más comunes en la educación inclusiva. Tanto en las escuelas especiales (Centros del IPHE en Panamá) o en las escuelas del subsistema regular, los docentes deben entrenarse en estos métodos con el apoyo del personal de fonoaudiología y disponer de los recursos necesarios para tal fin.
20. ¿Ha recibido usted información sobre la educación inclusiva de parte de la escuela? Los padres de familia necesitan estar bien informados sobre la cultura, política y práctica inclusivas que pretende desarrollar el centro escolar, lo que incluye el rol que ellos deben desempeñar como parte de la comunidad educativa. De no darse esta enseñanza a los padres, no será fácil en muchos casos contar con su colaboración, o no se les permitirá ejercer la crítica del proceso cuando lo consideren necesario. Una escuela que desee el éxito de su gestión educativa no debe temer a las opiniones de los padres de los estudiantes, sino más bien escucharlas, acogerlas y discutir las con ellos reconociendo cuando apuntan hacia cambios razonables y necesarios.
21. ¿Ha recibido usted información sobre la inclusión educativa de parte de otra fuente que no sea la escuela a la que asiste su hijo(a)? La promoción de las

bases de la educación inclusiva y de sus beneficios de cara al público en general, tiene que darse de manera continuada (más no abrumadora), ya que es importante que las personas interesadas por la educación nacional tengan las ideas claras al respecto, especialmente los profesionales de la comunicación, quienes a su vez pueden convertirse o en un gran apoyo o en sus grandes detractores, predisponiendo así mismo a sus lectores o a sus audiencias, el ánimo favorable o desfavorable para la transformación de la educación.

22. ¿La Dirección de la escuela toma en cuenta a los padres cuando va a hacer cambios en las estructuras o en los planes de estudio? Siendo los padres parte de la comunidad educativa y siendo además una premisa de la educación inclusiva, es beneficioso que los directores de escuela dialoguen con ellos a la hora de hacer cambios fundamentales en el plantel o en el proceso educativo, haciéndoles sentir de alguna manera que también son partícipes de la gestión escolar. Al fin y al cabo, el centro escolar es de la comunidad y no una propiedad de sus directores.
23. ¿Se siente usted satisfecho(a) con la vida escolar de su hijo(a)? En la medida que los padres tengan ideas claras respecto a la educación inclusiva y vean en el centro escolar un lugar donde sus hijos son bien recibidos y tratados, donde se les proporcionan toda la ayuda necesaria para su aprendizaje redundando esto en un buen rendimiento y que van y vienen de la escuela con buen estado de ánimo, se sentirán cada vez más satisfechos. Esto hará que sientan que sus hijos están verdaderamente en una buena escuela.
24. ¿Ha participado o participa usted en las asociaciones de padres de familia de la escuela u otras a nivel regional o nacional? Esta pregunta se dirige a conocer qué tanto se interesan los padres por meterse de forma más activa en la gestión educativa y por luchas en pro de los derechos de sus hijos cuando se trata de su educación.
25. ¿Conoce usted la diferencia entre integración educativa y educación inclusiva? Integración e inclusión son, en el lenguaje corriente, vocablos

sinónimos. No obstante, en el ámbito educativo de nuestro país han tenido significados diferentes. Bajo el concepto de integración educativa los niños con limitaciones físicas o mentales eran admitidos en las aulas regulares a tiempo completo o parcialmente, pero sin que eso involucrara cambios sustanciales en la escuela; en todo caso, esta seguía siendo una institución organizada para el “normal” pero dando cabida para que se pudieran educar los considerados “diferentes”. La base de la diversidad era: niños con y sin discapacidad. En la educación inclusiva la diversidad es la realidad de todo el alumnado y la escuela no está organizada para un solo grupo al que llamamos arbitrariamente “normal”, sino que es un lugar que está en función de todos y donde se equiparan las oportunidades de aprendizaje y participación., lo que equivale a decir que la escuela no se constituye, de ninguna manera, en barrera para ninguno de los estudiantes.

Instructivo del cuestionario

1. Este cuestionario debe aplicarse a familiares o acudientes de niños que lleven más de seis meses asistiendo a una escuela inclusiva.
2. Se debe procurar que el familiar o acudiente lea detenidamente los ítems antes de responder y en caso de no entender alguno, o alguna palabra, se le debe aclarar y asegurarse de que ha entendido antes de que proceda a contestar.
3. Se le debe solicitar que sólo elija una respuesta por ítem y que medite bien antes de hacerlo. Déle tiempo para que lo haga.
4. El encuestador debe revisar que quien responde el cuestionario haya contestado todos los ítems antes de retirarse.
5. El cuestionario es anónimo y por tanto no debe llevar nombre del estudiante ni de quien lo contesta, pero sí es importante llenar todos los datos iniciales por parte del encuestador.
6. El cuestionario sólo debe ser conocido por el familiar o acudiente que lo responde y por el encuestador o las personas involucradas en la educación del niño en la escuela.

7. Entre los datos iniciales hay uno que se refiere a la formación académica del familiar o acudiente que responde, y hay a continuación unas siglas cuyo significado son los siguientes:
- BI = Básica incompleta (no pasó de 7° grado).
 - BC = Básica completa (hasta finalizar 8° grado).
 - MI = Media incompleta (no pasó de 11° grado).
 - MC= Media completa (hasta finalizar el 12° grado o el bachillerato).
 - TI = Formación técnica o vocacional incompleta (no finalizó).
 - TC = Formación técnica completa (finalizó los estudios).
 - UI = Universitaria incompleta (no finalizó los estudios).
 - UC = Universitaria completa (finalizó la carrera universitaria).
8. En el ítem 19, si el entrevistado responde que al niño o niña incluido se le ha enseñado, o se le está enseñando algún tipo de comunicación o lenguaje alternativo o aumentativo, el encuestador debe llenar el espacio en blanco a continuación con la clase de comunicación correspondiente.
9. En el ítem 21, si el entrevistado responde que ha recibido información sobre la educación inclusiva de otra fuente distinta a la escuela, el encuestador debe llenar el espacio en blanco a continuación con el tipo de fuente (radio, televisión, periódicos, revistas, libros, charlas, etc.).
10. El encuestador no debe intervenir induciendo ni directa ni indirectamente las respuestas de quien contesta el cuestionario.

CUESTIONARIO PARA FAMILIARES DE NIÑOS INCLUIDOS

D. Cardoze

Edad del alumno(a): ____ años Sexo: F M Grado escolar: ____ grado
Escuela: _____ Región _____
Domicilio del estudiante (sólo la comunidad): _____
Condición del alumno (diagnóstico): _____
Quién contesta el cuestionario: padre madre otro familiar (_____)
Edad de quien contesta: ____ años. Formación académica: BI BC MC MI TI TC UI UC

Subraye, englobe en un círculo o señale con un gancho o x la respuesta elegida.

1. ¿Su hijo(a) se siente a gusto en la escuela?
 - a. Siempre o casi siempre
 - b. No siempre
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca
2. ¿El (la) maestro(a) de grado trata a su hijo(a) con respeto?
 - a. Siempre o casi siempre
 - b. No siempre
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca
3. ¿Otros alumnos ayudan a su hijo(a) en el aprendizaje?
 - a. Muchas veces
 - b. Pocas veces
 - c. Casi nunca o nunca
4. ¿Los demás alumnos tratan amistosamente a su hijo(a)?
 - a. Siempre o casi siempre
 - b. No siempre
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca
5. ¿Los maestros tratan de que la enseñanza de las materias se adapte a la manera de aprender de su hijo(a)?
 - a. Siempre o casi siempre
 - b. No siempre
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca
 - e. No sé

6. ¿El (la) maestro (a) de grado recibe el apoyo del maestro(a) de educación especial para facilitar el aprendizaje de su hijo(a)?
- a.** Frecuentemente
 - b.** Pocas veces
 - c.** Nunca.
 - d.** No sé
7. ¿Los maestros cuentan con usted para planificar y desarrollar el proceso de aprendizaje de su hijo(a)?
- a.** Frecuentemente
 - b.** Pocas veces
 - c.** Nunca
8. ¿La escuela tiene facilidades de acceso para que niños con discapacidades o limitaciones físicas (para llegar a ella desde la entrada, para utilizar los servicios higiénicos, para desarrollar actividades durante el recreo, para ayudarlos a movilizarse por las diferentes dependencias, para evitar los peligros, etc.)?
- a.** Tiene todas las necesarias
 - b.** le faltan algunas
 - c.** Ninguna
9. ¿El (la) maestro (a) de grado tuvo contacto con usted y su hijo(a) para conocer las fortalezas y debilidades de este(a) antes de iniciar las clases al inicio del año escolar?
- a.** Todos los de su grado
 - b.** Solo algunos(as)
 - c.** Ninguno
10. ¿Los maestros(as) recibieron orientación de parte de otros profesionales como psicólogos, especialistas en lenguaje, especialistas en dificultades del aprendizaje y otros diferentes al docente de educación especial para ayudar a su hijo(a) a superar sus debilidades en el aprendizaje y otras?
- a.** De parte de todos los necesarios
 - b.** Sólo de algunos
 - c.** De ninguno
 - d.** No sé
11. ¿A usted se le atiende y se le escucha cuando tiene alguna preocupación acerca de la escuela?
- a.** Siempre
 - b.** No siempre
 - c.** Nunca o casi nunca
12. ¿El (la) maestro (a) de educación especial le da orientación a usted sobre la forma de trabajar los deberes escolares con su hijo(a)?
- a.** Frecuentemente
 - b.** Algunas veces
 - c.** Nunca o casi nunca

13. ¿Cuándo su hijo(a) tiene que ausentarse de la escuela por alguna razón, el personal de la escuela se interesa por saber la causa?
- a.** Siempre
 - b.** No siempre
 - c.** Casi nunca
14. Cuando su hijo(a) tiene alguna conducta inapropiada la reacción de los maestros es:
- a.** Tratar de ayudarlo(a)
 - b.** Sólo regañarlo(a)
 - c.** castigarlo(a) o amenazarlo(a)
15. ¿Su hijo(a) participa de todas las actividades que realizan los demás?
- a.** Siempre
 - b.** Casi siempre
 - c.** muy pocas veces
16. ¿Su hijo(a) dispone de los materiales y medios adecuados para el aprendizaje?
- a.** De todos o casi todos
 - b.** Sólo de algunos
 - c.** De Ninguno
17. ¿Hay en su comunidad recursos profesionales disponibles para ayudar a su hijo(a) (médicos especialistas para su condición, psicólogos, especialistas en lenguaje, fisioterapia, trabajo social y problemas de aprendizaje)?
- a.** Todos o casi todos
 - b.** Pocos
 - c.** Ninguno
18. ¿La escuela a la que asiste su hijo(a) hace uso frecuente de los recursos que hay en la comunidad para apoyar el proceso de enseñanza-aprendizaje (parques, áreas verdes, industrias, instalaciones de salud, cuarteles de policía y de bomberos, museos, bibliotecas, etc.)?
- a.** Frecuentemente
 - b.** Pocas veces
 - c.** Nunca
 - d.** No sé
19. Si su hijo(a) tuvo o tiene dificultades para comunicarse con lenguaje verbal (hablando) ¿se le está dando terapia para aumentar su lenguaje, o se le ha enseñando, o se le está enseñando alguna forma de comunicación alternativa (con señas, con imágenes u otra)?
- a.** Sí (_____)
 - b.** No
 - c.** No sé
20. ¿Ha recibido usted información sobre la educación inclusiva de parte de la escuela?
- a.** Bastante
 - b.** Poco
 - c.** Nada

21. ¿Ha recibido usted información sobre la inclusión educativa de parte de otra fuente que no sea la escuela a la que asiste su hijo(a)?

- a. Bastante (_____)
- b. Poco (_____)
- c. Nada

22. ¿La Dirección de la escuela toma en cuenta a los padres cuando va a hacer cambios en las estructuras o en los planes de estudios?

- a. Siempre
- b. Algunas veces
- c. Casi nunca o nunca

23. ¿Se siente usted satisfecho(a) con la vida escolar de su hijo(a)?

- a. Siempre o casi siempre
- b. No siempre
- c. Pocas veces
- d. Nunca

24. ¿Ha participado o participa usted en las asociaciones de padres de familia de la escuela u otras a nivel regional o nacional?

- a. Activamente y ahora
- b. Activamente en el pasado
- c. Sólo de forma pasiva
- d. Nunca participo

25. ¿Conoce usted la diferencia entre integración educativa y educación inclusiva?

- a. Si la sé
- b. Pienso que es lo mismo
- c. No sé nada sobre eso

INVENTARIO DE CONDUCTAS Y DESTREZAS PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES (I.C.D.)

D. Cardoze

Descripción

El Inventario de Conductas y Destrezas o I.C.D. es un instrumento elaborado para establecer un perfil inicial de los niños que presentan condiciones desfavorables en su desarrollo y, por lo tanto, requieren de atención por parte de educadores especiales, como es el caso de los que tienen patologías del espectro autista, los que padecen de retraso mental, los que tienen parálisis cerebral, trastornos del desarrollo del lenguaje y sensoperceptivos. Se aplica a niños mayores de cinco años que en condiciones normales deben obtener un mínimo de 80 en el puntaje de cada área funcional, ya sea de conductas o de destrezas.

Tratándose de un inventario que deben aplicar los educadores especiales, se ha confeccionado con los trastornos de conducta que más comúnmente presentan los niños afectados por las patologías antes mencionadas, y con las destrezas o habilidades básicas en cada una de las áreas del desarrollo: motora, lingüística, cognoscitiva, de las actividades de la vida diaria y de juego. Contiene 12 áreas de conducta y destrezas para un total de 137 ítems que se registran según la frecuencia con que se dan en cada niño, y que va de nunca o casi nunca, a veces o pocas veces hasta frecuentemente, con puntajes de 2, 1 y 0 respectivamente.

Los conceptos de frecuencia merecen ser precisados ya que en el lenguaje cotidiano su significado puede variar de persona a persona. En este inventario **nunca o casi nunca** se refieren a que una conducta o una habilidad se dan con una frecuencia menor de 1 vez por mes o no están aún en el repertorio conductual o de habilidades del niño; **a veces** se refiere a que se dan entre 1 y 4 veces al mes, y **frecuentemente** que se da un mínimo de 5 veces por mes.

Los puntajes crudos o directos se convierten a indirectos para obtener una forma de cuantificar homogénea. En este inventario, mientras más puntaje más positivo o favorable el perfil de conductas y destrezas, y mientras más bajo, más desfavorable o negativo.

El inventario se aplica haciendo las preguntas a los padres o tutores del niño, o a las personas que lo conocen bien, aunque algunas conductas o habilidades es mejor conocerlas mediante observación directa en el aula o salón de recursos. El I.C.D no sustituye otras pruebas o exámenes más completos de las áreas funcionales que puedan realizar los correspondientes especialistas en cada una de ellas, así como tampoco a una evaluación psicométrica completa, pero sí puede indicar cuál de estas evaluaciones se requiere para profundizar en el conocimiento de las conductas y habilidades de cada niño.

En la selección de los ítems nos basamos en la experiencia de más de treinta años trabajando en el área de la conducta normal y patológica del niño, así como en algunas fuentes bibliográficas relacionadas con su desarrollo. Existen otros instrumentos similares en la literatura mundial, pero al revisarlos, algunos nos parecieron muy extensos y poco prácticos para los educadores especiales en nuestro medio como la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, cuando no se limitan a determinadas áreas del desarrollo como es el caso de la Escala de Madurez Social de Vineland, y otros que examinan la motricidad, el lenguaje, o listas de conductas o “check lists” muy comunes en los Estados Unidos de Norteamérica.

Este inventario debe ser aplicado cada cuatro meses a niños que están en proceso de habilitación y educación especial para registrar si se han dado avances en las diferentes conductas y destrezas de las 12 áreas funcionales.

Se debe recordar que los instrumentos de este tipo no son de carácter diagnóstico, solamente recogen una serie de conductas y destrezas que forman un perfil multidimensional del niño, lo que permite a su vez poder conocer mejor su funcionamiento.

Normas de aplicación

1. El inventario debe ser aplicado por el educador especializado, el técnico de apoyo o el médico interrogando a los familiares de los niños y observando las conductas que considere necesario confirmar.

2. Las preguntas a los familiares deben hacerse de forma clara o que puedan entender, pero sin cambiar el sentido de la frase.
3. No se dejar ningún ítem sin calificar. Después de aplicarlo es necesario revisar para confirmar si se respondieron todos los ítems y aclarar alguna duda antes de que se retire el familiar.
4. Los puntos obtenidos se suman para obtener el puntaje directo y convertirlo en indirecto mediante la tabla de conversión que hay en al final de cada área.
5. Los puntajes indirectos de cada una de las áreas se llevan a la gráfica que está al final del inventario uniéndolas con una línea, para formar así el perfil gráfico de las conductas y destrezas del niño evaluado.
6. Cada inventario debe llevar en la sección de datos generales, el o los diagnósticos del niño y señalar, si se dispone de él, el nivel de desarrollo intelectual (o cociente intelectual) según las pruebas de psicología que se le hayan aplicado.
7. Se aplica el inventario a todo niño, ya sea que esté en escuela especial (plantas del IPHE) o en escuela regular siempre que tenga más de 5 años de edad cronológica y que presente una condición que requiera de métodos de educación especial o habilitación.
8. Los resultados del Inventario servirán para poder establecer metas a trabajar para habilitar al niño.
9. Según las áreas de funcionamiento que se muestren más débiles, el examinador podrá solicitar otros exámenes especializados correspondientes (de lenguaje, de motricidad, de psicología, etc.).
10. No se deben hacer anotaciones al margen de los ítems. Se pide limitarse a responder las opciones que se presentan. Cualquier comentario adicional deberá hacerse en hoja aparte.
11. El Inventario es un documento confidencial y por lo tanto, sólo debe estar en el expediente o en manos de los profesionales involucrados en la terapia o educación del niño y de sus padres.

**Inventario de Conductas y Destrezas para
Niños con Necesidades Especiales**
D. Cardoze

Nombre: _____ Sexo: F M Edad. ____ años.

Diagnóstico(s): _____

/

Nivel de C.I.: superior / normal promedio / normal bajo / límite / retraso leve/
retraso moderado / retraso grave

Fecha de aplicación: ____ / ____ / ____ / Aplicador: _____

Instructivo

F **Frecuentemente**
Av. **Algunas veces**
N **Nunca (o casi nunca)**

A. CONDUCTA EMOCIONAL

	F	Av.	N
1. Grita sin motivo.	0	1	2
2. Lloro sin motivo.	0	1	2
3. Se asusta.	0	1	2
4. Tiene temores específicos (animales, objetos, personas, situaciones).	0	1	2
5. Muestra inseguridad (busca la protección de otros, trata de buscar aprobación antes de hacer algo)	0	1	2
6. Muestra intranquilidad (inquietud ansiosa).	0	1	2
7. Muestra rasgos obsesivos (ideas pensamientos repetitivos resistentes).	0	1	2
8. Tiene rasgos compulsivos (acciones repetitivas resistentes).	0	1	2
9. Presenta ánimos deprimido (cara triste, decaimiento, pérdida de interés)	0	1	2
10. Muestra lejanía afectiva.	0	1	2

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación								
PD* PI**			PD PI			PD PI		
1	5	Trastorno o	9	45	Trastorno o	17	85	Sin trastorno o
2	10	deficiencia muy	10	50	deficiencia	18	90	trastorno muy
3	15	intensos	11	55	moderados	19	95	leve
4	20		12	60		20	100	
5	25	Trastorno o	13	65	Trastorno o			
6	30	deficiencia	14	70	deficiencia			
7	35	intensos	15	75	leves			
8	40		16	80				

* PD = puntaje directo

** Puntaje indirecto

B. TRASTORNOS DE CONDUCTA

	F	Av.	N
1. Agrede a otros físicamente (personas o animales).	0	1	2
2. Agrede a otros verbalmente.	0	1	2
3. Se autoagrede.	0	1	2
4. destruye o daña objetos.	0	1	2
5. Desordena el ambiente cercano.	0	1	2
6. Dice palabras obscenas.	0	1	2
7. Se escapa de donde debe estar.	0	1	2
8. Escupe	0	1	2
9. Le de dan rabietas.	0	1	2
10. Roba cosas.	0	1	2
11. Se muestras oposicionista.	0	1	2
12. Se irrita, se enfada fácilmente.	0	1	2

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación								
PD PI			PD PI			PD PI		
1	4		10	42		20	83	
2	8	Trastorno muy	11	46	Trastorno	21	87	Sin trastorno
3	12	intenso	12	50	moderado	22	92	o trastorno
4	17		13	54		23	96	muy leve
			14	58		24	100	
5	21		15	62				
6	25	Trastorno	16	67	Trastorno			
7	29	intenso	17	71	leve			
8	33		18	75				
9	37		19	79				

C. CONDUCTA SOCIAL

	F	Av.	N
1. Se mantiene aislado (a)	0	1	2
2. Mira a la cara	2	1	0
3. Rechaza el contacto físico	0	1	2
4. Sonríe cuando se trata de jugar con él (ella) o cuando se le dan muestras de afecto.	2	1	0
5. Parece disfrutar de la interacción con personas de su edad.	2	1	0
6. Parece disfrutar ir a paseos o viajes.	2	1	0
7. Rechaza ir a la escuela.	0	1	2
8. Cuando interactúa con alguien se interesa por lo que siente o piensa la otra persona.	2	1	0
9. Cuenta experiencias de forma espontánea.	2	1	0
10. Se muestra indiferente ante las convenciones sociales básicas (saludos, respetar el orden de una fila o esperar turno, cuando le dan las gracias).	0	1	2

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación								
PD	PI		PD	PI		PD	PI	
1	5		9	45		17	85	Sin deficiencia
2	10	Deficiencia muy	10	50	Deficiencia	18	90	o deficiencia
3	15	intensa	11	55	moderada	19	95	muy leve
4	20		12	60		20	100	
5	25		13	65				
6	30	Deficiencia	14	70	Deficiencia			
7	35	intensa	15	75	leve			
8	40		16	80				

D. CONDUCTAS DE HIGIENE

	F	Av.	N
1. Se orina encima.	0	1	2
2. Se defeca encima.	0	1	2
3. Rechaza el baño.	0	1	2
4. Rechaza el cepillado de dientes.	0	1	2
5. Rechaza el corte de uñas.	0	1	2
6. Le molesta que lo (la) peinen.	0	1	2
7. Juega con las heces.	0	1	2
8. Se revuelca por el suelo.	0	1	2
9. Acumula saliva en la boca.	0	1	2
10. Se mete a la boca cosas que encuentra en el suelo o en la basura.	0	1	2

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación								
PD	PI		PD	PI		PD	PI	
1	5		9	45		17	85	Sin deficiencia
2	10	Deficiencia muy	10	50	Deficiencia	18	90	o deficiencia
3	15	intensa	11	55	moderada	19	95	muy leve
4	20		12	60		20	100	
5	25		13	65				
6	30	Deficiencia	14	70	Deficiencia			
7	35	intensa	15	75	leve			
8	40		16	80				

E. CONDUCTAS Y DESTREZAS DE ALIMENTACIÓN

	F	Av.	N
1. Come con las manos (no usa utensilios)	0	1	2
2. Puede usar cuchara.	2	1	0
3. Puede usar tenedor.	2	1	0
4. Puede usar cuchillo para untar.	2	1	0
5. Derrama mucha comida al comer.	0	1	2
6. Sabe servirse líquidos.	2	1	0
7. Retiene comida en la boca más de lo normal.	0	1	2
8. Mastica o traga cosas no comestibles.	0	1	2
9. Rechaza los alimentos.	0	1	2
10. Come en exceso.	0	1	2

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación									
PD	PI		PD	PI		PD	PI		
1	5		9	45		17	85	Sin deficiencia	
2	10	Deficiencia muy	10	50	Deficiencia	18	90	o deficiencia	
3	15	intensa	11	55	moderada	19	95	muy leve	
4	20		12	60		20	100		
5	25		13	65					
6	30	Deficiencia	14	70	Deficiencia				
7	35	intensa	15	75	leve				
8	40		16	80					

F. CONDUCTAS Y DESTREZAS RELACIONADAS CON EL VESTIR

	F	Av.	N
1. Puede ponerse una camisa.	2	1	0
2. Puede ponerse un pantalón.	2	1	0
3. Puede quitarse una camisa.	2	1	0
4. Puede quitarse un pantalón.	2	1	0

5. Puede abotonarse la camisa.	2	1	0
6. Puede hacer el lazo de los zapatos aunque no sea en forma completa o perfecta.	2	1	0
7. Logra ponerse medias.	2	1	0
8. Se desnuda cuando no debe.	0	1	2
9. Rompe las prendas de vestir.	0	1	2
10. Rechaza cambiarse de ropa.	0	1	2

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación					
PD	PI		PD	PI	

1	5	Trastorno o deficiencia muy intensa	9	45	Trastorno o deficiencia moderada	17	85	Sin trastorno o deficiencia o muy leve
2	10		10	50		18	90	
3	15		11	55		19	95	
4	20		12	60		20	100	
5	25	Trastorno o deficiencia intensa	13	65	Trastorno o deficiencia leve			
6	30		14	70				
7	35		15	75				
8	40		16	80				

G. CONDUCTAS Y DESTREZAS MOTORAS

	F	Av.	N
1. Sube y baja escaleras solo(a).	2	1	0
2. Puede manejar un triciclo.	2	1	0
3. Puede manejar una bicicleta.	2	1	0
4. Sigue un ritmo sencillo.	2	1	0
5. Tiene lateralidad definida.	2	1	0
6. Agarra y utiliza bien un lápiz.	2	1	0
7. Buena coordinación ojo mano.	2	1	0
8. Puede saltar una distancia de aproximadamente 75 centímetros.	2	1	0
9. Lanza con seguridad una pelota.	2	1	0
10. Puede saltar en un solo pie 5 veces.	2	1	0
11. Se mantiene quieto (a).	2	1	0
12. Presenta estereotipias.	0	1	2

13. Presenta manierismos	0	1	2
14. Tropieza al caminar.	0	1	2
15. Se le caen las cosas de las manos fácilmente.	0	1	2
16. Le cuesta imitar una secuencia motora sencilla.	0	1	2

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación					
PD	PI		PD	PI	
1	3		13	41	
2	6	Deficiencia muy intensa	14	44	Deficiencia moderada
3	9		15	47	
4	12		16	50	
5	16		17	53	
6	19		18	56	
7	22		19	59	
8	25	Deficiencia intensa	20	62	Deficiencia leve
9	28		21	66	
10	31		22	69	
11	34		23		
12	37		24	75	
			25	78	
			26	81	
			27	84	Sin deficiencia o deficiencia muy leve
			28	87	
			29	91	
			30	94	
			31	97	
			32	100	

H. OTRAS CONDUCTAS Y DESTREZAS ADAPTATIVAS

	F	Av.	N
1. Pide con palabras o gestos lo que quiere o necesita.	2	1	0
2. Va al servicio solo(a).	2	1	0
3. Colabora en tareas sencillas en la casa.	2	1	0
4. Se orienta por las calles del vecindario.	2	1	0
5. Puede ordenar sus juguetes.	2	1	0
6. Ordenar sus útiles de escuela.	2	1	0
7. Arregla su cuarto.	2	1	0
8. Sabe contestar el teléfono.	2	1	0
9. Llama por teléfono.	2	1	0
10. Sabe utilizar el televisor.	2	1	0

11. Sabe utilizar una videograbadora o una casetera.	2	1	0
12. Puede utilizar una computadora para tareas sencillas.	2	1	0
13. Se resiste a cambios de sus rutinas o hábitos.	0	1	2
14. Se resiste a cambios en las personas que lo(a) atienden.	0	1	2
15. Se frustra mucho cuando no logra hacer algo bien.	0	1	2

Puntaje directo: ____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación											
PD			PI			PD			PI		
1	3	Trastorno o deficiencia muy intensos	13	43	Trastorno o deficiencia moderados	25	83	Sin trastorno o deficiencia o deficiencia muy leve			
2	7		14	47		26	87				
3	10		15	50		27	90				
4	13		16	53		28	93				
5	17		17	57		29	97				
6	20		18	60		30	100				
7	23	Trastorno o deficiencia intensos	19	63	Trastorno o deficiencia leves						
8	27		20	67							
9	30		21	70							
10	33		22	73							
11	37		23	77							
12	40		24	80							

I. CONDUCTAS Y DESTREZAS LINGÜÍSTICAS

	F	Av.	N
1. Emite lenguaje verbal inteligible.	2	1	0
2. Usa el lenguaje en forma pragmática (con una finalidad clara)	2	1	0
3. Comprende el lenguaje verbal.	2	1	0
4. Presenta ecolalia.	0	1	2
5. Hace inversión de pronombres.	0	1	2
6. Tiene dificultades de pronunciación.	0	1	2

7. Tartamudea.	0	1	2
8. Inventa palabras nuevas sin sentido para los demás.	0	1	2
9. Emite sonidos raros.	0	1	2
10. ¿Su voz no presenta modulación afectiva, es un tono de voz monótono.	0	1	2
11. Dice frases con sujeto, verbo y predicado.	2	1	0

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación											
PD PI			PD PI			PD PI					
1	4		9	41		18	82				
2	9	Deficiencia	10	45	Deficiencia	19	86	Sin deficiencia			
3	14	muy intensa	11	50	moderada	20	91	o deficiencia			
4	18		12	54		21	95	muy leve			
						22	100				
5	23		13	59							
6	27	Deficiencia	14	64	Deficiencia						
7	32	intensa	15	68	leve						
8	36		16	73							
			17	77							

J. CONDUCTAS Y DESTREZAS DE JUEGO.

	F	Av.	N
1. Muestra interés por juegos.	2	1	0
2. Se interesa por juguetes para niños de edad.	2	1	0
3. Hace juego simbólico.	2	1	0
4. Disfruta juegos de actividad física con otras personas.	2	1	0
5. Es reiterativo en sus juegos.	0	1	2
6. Utiliza los juguetes en forma inadecuada.	0	1	2
7. Se apeg a objetos inadecuados con los que se entretiene (objetos que no son muy apropiados para jugar).	0	1	2
8. Se le dificulta comprender las reglas de un juego sencillo.	0	1	2

9. Su juego es paralelo.	0	1	2
10. Abandona pronto las actividades de juego.	0	1	2

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación					
PD	PI		PD	PI	

1	5		9	45		17	85	
2	10	Deficiencia muy	10	50	Deficiencia	18	90	Sin deficiencia
3	15	intensa	11	55	moderada	19	95	o deficiencia
4	20		12	60		20	100	muy leve
5	25		13	65				
6	30	Deficiencia	14	70	Deficiencia			
7	35	intensa	15	75	leve			
8	40		16	80				

K. CONDUCTAS Y DESTREZAS DE ATENCIÓN

	F	Av.	N
1. Logra mantener la atención cuando se le está hablando.	2	1	0
2. Logra mantener la atención durante una tarea sencilla.	2	1	0
3. Entiende las instrucciones que se le dan de acuerdo a su edad.	2	1	0
4. Mantiene atención a los programas de televisión que le gustan.	2	1	0
5. Le cuesta organizar sus trabajos o tareas propias de su edad y condición.	0	1	2
6. Pierde las cosas (útiles, juguetes...)	0	1	2
7. Pone más atención a estímulos irrelevantes durante una conversación, juego, explicación).	0	1	2
6. Olvida órdenes o explicaciones que le han dado pocos minutos antes.	0	1	2

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación								
PD PI			PD PI			PD PI		
1	6	Deficiencia muy	7	44	Deficiencia	13	81	Sin deficiencia
2	12	intensa	8	50	moderada	14	87	o deficiencia
3	19		9	56		15	94	muy leve
						16	100	
4	25	Deficiencia	10	62	Deficiencia			
5	31	intensa	11	69	leve			
6	37		12	75				

L. OTRAS DESTREZAS COGNOSCITIVAS

	F	Av.	N
1. Tiene conceptos básicos de espacio.	2	1	0
2. Tiene conceptos básicos de tiempo.	2	1	0
3. Tiene conceptos básicos de tamaño.	2	1	0
4. Reconoce números.	2	1	0
5. Puede hacer sumas de un dígito.	2	1	0
6. Reconoce letras.	2	1	0
7. Puede leer palabras sencillas.	2	1	0
8. Puede leer frases sencillas.	2	1	0
9. Arma rompecabezas de 10 o más piezas.	2	1	0
10. Memoriza poesías o canciones cortas (una o dos estrofas).	2	1	0
11. Identifica las partes básicas del cuerpo.	2	1	0
12. No logra entender bromas o chistes simples.	0	1	2
13. Hay que repetirle varias veces para que entienda una orden o una explicación simple.	0	1	2
14. Su dibujo es a base de garabatos o de círculos y rayas.	0	1	2
15. Conoce los nombres de objetos y animales comunes del ambiente.	2	1	0

Puntaje directo: _____

Tabla de conversión de puntajes y criterio de calificación					
PD	PI		PD	PI	

1	3		13	43		25	83	
2	7		14	47		26	87	Sin deficiencia
3	10	Deficiencia muy	15	50	Deficiencia	27	90	o deficiencia
4	13	intensa	16	53	moderada	28	93	muy leve
5	17		17	57		29	97	
6	20		18	60		30	100	
7	23		19	63				
8	27		20	67				
9	30	Deficiencia	21	70	Deficiencia			
10	33	intensa	22	73	leve			
11	37		23	77				
12	40		24	80				

TABLA DE PUNTAJES INDIRECTOS DE CADA ÁREA	
Áreas	Puntaje indirecto
A. CONDUCTA EMOCIONAL	
B. TRASTORNOS DE CONDUCTA	
C. CONDUCTA SOCIAL	
D. CONDUCTAS Y DESTREZAS DE HIGIENE	
E. CONDUCTAS Y DESTREZAS DE ALIMENTACIÓN	
F. CONDUCTAS Y DESTREZAS DEL VESTIR	
G. CONDUCTAS Y DESTREZAS MOTORAS	
H. OTRAS CONDUCTAS Y DESTREZAS ADAPTATIVAS	
I. CONDUCTAS Y DESTREZAS LINGÜÍSTICAS	
J. CONDUCTAS Y DESTREZAS DE JUEGO	
K. CONDUCTAS Y DESTREZAS DE ATENCIÓN	
L. OTRAS DESTREZAS COGNOSCITIVAS	

PERFIL GRÁFICO DE CONDUCTAS Y DESTREZAS

100	-----
95	
ST/DML	
85	

75	
T/D leve	
65	

55	
T/D Mod.	
45	

35	
T/D Intenso	
25	

15	
T/D MI	
5	

CE TC CS H A V M Ad L J At Cg

(Una los puntajes de cada área con una línea para obtener el gráfico de conductas y destrezas)

Estudios con el Inventario

El Inventario de Conductas y Destrezas para Niños con Necesidades Especiales se sometió a un estudio de validación utilizando el método de los grupos conocidos, para lo cual se aplicó a 61 niños con diagnósticos de retardo mental según las pruebas psicométricas, de los cuales 28 lo eran leves (C.I. entre 55 a 69), 25 moderados (C.I. entre 35 y 55) y 8 graves (C.I. por debajo de 35).

De los niños con retardo leve 19 (68%) eran de sexo masculino y 9 (32%) de sexo femenino; entre los de retardo moderado 20 (80%) eran masculinos y 5 (20%) de sexo femenino y entre los de retardo grave los sexos formaban el 50% cada uno. De la muestra total 43 (70.5%) eran niños y 18 (29.5%) niñas.

Los niños eran alumnos tanto de escuelas regulares donde estaban incluidos como de las sedes centrales del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial.

Se repartieron inicialmente 100 ejemplares del inventario para su aplicación pero sólo se aceptaron para análisis el 61%.

Los niveles de puntajes indirectos en las diferentes áreas del Inventario fueron las siguientes en los tres grupos:

Área	R. leve	R moderado	R. Grave
C. Emocional	70.357	56.000	25.750
T. de conducta	77.250	69.760	43.625
C. Social	71.107	53.000	21.875
C/D Higiene	94.643	74.000	36.250
C/ Alimentación	76.607	64.600	28.125
C/D Vestir	76.607	64.840	32.500
C/D Motoras	72.321	54.440	23.250
C/D Adaptativas	62.964	48.120	28.750
C/D Lingüísticas	64.714	50.040	56.125
C/D de juego	65.536	48.000	30.625
C/D de atención	58.964	48.080	36.500
Otras destrezas cognoscitivas	70.714	37.480	17.825

Los tres niveles de retardo intelectual se correspondieron con niveles similares de puntajes en el Inventario, siendo las medias totales de cada grupo 73.33, 54.66 y 31.50 respectivamente.

ESCALA DE SÍNTOMAS DEL ESPECTRO AUTISTA

D. Cardoze

Características sintomáticas de

Los niños con conducta autista presentan como característica fundamental la tríada sintomática que consiste en: alteraciones cualitativas de la interacción social, alteraciones de las formas de comunicación, repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de los intereses y actividades.

En relación a las alteraciones de la interacción social se presenta: falta de apego, desinterés por establecer contacto con los padres, no discriminación entre extraños y familiares, actitud de alejamiento y contacto visual superficial o breve y sin significado social, falta de juego cooperativo con los demás niños, incapacidad y/o desinterés por hacer amistades e incapacidad para sentir empatía y percibir.

Las dificultades de la comunicación suelen ser: incapacidad para desarrollar habilidades prelingüísticas como la imitación social, utilización adecuada, con significado, de objetos y juguetes, pobreza de imaginación en el juego, ausencia o retardo y desviación del lenguaje verbal, uso no pragmático (uso del lenguaje para la vida práctica diaria), inversión de pronombres personales, dificultad para la comprensión del lenguaje y el seguimiento de órdenes simples al principio y complejas después, ausencia de gesticulación o mímica para comunicarse, habla pobremente modulada y carente de tonalidad emocional y ecolalia.

El tercer grupo de síntomas se manifiesta como: evitan la variabilidad y la novedad, resistencia a los cambios y conductas estereotipadas, apego a determinados objetos, perseveración en ciertos temas o rutina, conductas motrices estereotipadas repetitivas, y el hecho de que el único medio de satisfacerse con encuentros sociales es el de descubrir vías que le permitan predecir o controlar esos eventos.

La escala que se presenta en este capítulo se fundamenta en el concepto del síndrome de

como un espectro (espectro autista), que considera el autismo más como un fenómeno que se presenta en una amplia gama de manifestaciones y como un continuo más que

como una categoría. Los casos que se sitúan a cada extremo presentan problemas para el diagnóstico: en el extremo del espectro de muy baja capacidad, el autismo puede ser difícil de diagnosticar porque el nivel de funcionamiento del individuo es tan pobre que su funcionamiento social, comunicativo e imaginativo puede ser muy bajo. En el extremo más alto del espectro, las personas autistas pueden haber desarrollado estrategias compensatorias que enmascaren sus auténticos problemas. Además, el término espectro autista también se refiere a que hay muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas autistas, sin ser propiamente cuadros de autismo. Los rasgos autistas se presentan en diversos grados: desde los más leves hasta los más graves.

La escala de síntomas del espectro autista

Es un instrumento evaluativo que reúne 35 ítems relacionados con los síntomas del autismo. Sigue una dimensión cuantitativa que va de la ausencia del síndrome hasta la máxima intensidad del mismo y da más peso a ítems que se consideran relacionados con síntomas más característicos. Esta pensada para ayudar a los clínicos y a los docentes de educación especial a reunir de forma cualitativa y con una dimensión cuantitativa, los síntomas que presentan los niños que están estudiando por posible autismo, o para dar seguimiento a los que ya se han diagnosticado con esta condición y están bajo tratamiento de habilitación y educación. Algunas de las conductas que forman los diferentes ítems de la escala se califican como 3, 1 y 0 (aquellos ítems a los que hemos querido dar un mayor peso específico) y como 2, 1 y 0 otras. El 3 o el 2 corresponden a los puntajes máximos, calificándose de esta manera a la opción “muchas veces”; el 1 es un puntaje medio y corresponde a “pocas veces” y el 0 que es el puntaje mínimo expresa la opción “nunca”.

En una versión original, la escala tenía más ítems de los que aparecen actualmente, siendo depurados una cantidad de ellos después de un primer estudio estadístico.

Instructivo

1. Esta escala debe aplicarse a todos los niños que estén diagnosticados de alguna variante de autismo (trastornos generalizados del desarrollo: autismo, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, síndrome de Heller o trastorno generalizado del desarrollo sin especificar). También se le debe aplicar a niños que aunque no tienen alguno de estos diagnósticos, presentan conductas sospechosas de los mismos. El inventario no debe estar en manos de personas que no trabajen con el niño en la institución.
2. Se debe aplicar cada seis meses con la finalidad de conocer si ha habido mejoría de las conductas que se investigan.
3. Es importante que en la escala aparezcan los diagnósticos de los niños a los que se le aplicó si ya ha sido determinado. Si es un niño con síntomas del espectro autista o de trastorno generalizado del desarrollo, será de utilidad que se especifique la variante (autismo típico, atípico, Asperger, Rett, Heller, no especificado).
4. Debe ser aplicado interrogando a los familiares de los niños y observando algunas de sus conductas, haciendo las preguntas de manera clara o que puedan entender pero sin cambiar el sentido del ítem.
5. No se debe dejar ningún ítem sin calificar. Después de aplicarlo se debe revisar antes de que se vayan los familiares para ver si se llenaron todas las casillas.
6. Se deben sumar todos los puntos obtenidos y convertir este puntaje directo en puntaje indirecto mediante la tabla de conversión de cada área.
7. Cada escala debe llevar todos los datos del niño como nombre, sexo, edad y tiempo que lleva recibiendo terapias y grado escolar al que asiste si está incluido.
8. Si hubiere algún ítem del inventario que no se entienda bien, debe ser anotado en hoja aparte junto con otras observaciones que se desee hacer en relación al contenido del instrumento. No se debe hacer anotaciones al margen de las casillas.
9. Es importante tener en cuenta que este instrumento es un complemento al diagnóstico clínico y no sustituye la evaluación clínica y otra.

ESCALA DE SÍNTOMAS DEL ESPECTRO AUTISTA

D. Cardoze

Nombre: _____

Edad: _____ años;

Sexo F M Escolaridad: _____ Fecha: _____

Diagnóstico(s): _____

ÍTEMS	Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces
1. Busca el contacto con otros niños.	3	1	0
2. Se mantiene en una actividad de juego con otros niños.	3	1	0
3. Sabe seguir la dinámica de un juego.	2	1	0
4. Muestra interés afectivo por otros niños.	3	1	0
5. Muestra apego afectivo a personas adultas.	2	1	0
6. Atiende cuando se le llama.	2	1	0
7. Sigue órdenes aunque sean simples.	2	1	0
8. Mira a la cara cuando se le habla cuando quiere algo.	3	1	0
9. Muestra signos de compasión o de querer ayudar a otros niños que se han lesionado o que han sido golpeados.	3	1	0
10. Se altera con facilidad donde hay gente mucha gente (buses, restaurantes, cines, paseos....)	0	1	2
11. Es capaz de interpretar las señales o gestos de disgusto o de cambios emocionales en otras personas.	2	1	0
12. Se muestra evasivo o esquivo cuando lo(a) quieren acariciar o cargar.	0	1	2
13. Es capaz de exigir o pelear por lo que es suyo o el juguete que le han quitado.	2	1	0
14. Actúa delante de otros niños o personas como si estuviese solo(a).	0	1	3
15. Es capaz de entender los intereses, opiniones o necesidades de los demás.	3	1	0
16. Habla y entiende el lenguaje de acuerdo a su edad.	3	1	0

17. Emite sonidos raros o chillidos sin motivo.	0	1	2
18. Es muy sensible a ruidos.	0	1	2
19. Se comporta como si fuera sordo (a) sin serlo.	0	1	3
20. Si tiene algún lenguaje, su tono de voz es inexpresivo, sin matices emocionales.	0	1	2
21. Si tiene lenguaje, es capaz de iniciar una conversación espontáneamente.	3	1	0
22. Repite automáticamente lo que se le dice u oye (ecolalia).	0	1	3
23. Se ríe sin motivo.	0	1	2
24. Camina en puntillas.	0	1	2
25. Se apega a objetos inusuales.	0	1	3
26. Es tolerante ante el cambio de rutinas o reglas.	3	1	0
27. Le da a los juguetes el uso apropiado.	3	1	0
28. Huele o lame cosas no comestibles.	0	1	2
29. Se obsesiona con un determinado tema.	0	1	2
30. Tiene movimientos repetitivos estereotipados como aleteo con las manos, retorcerse los dedos, cabeceos, y otros.	0	1	2
31. Puede permanecer mucho tiempo en una actividad útil o productiva.	2	1	0
32. Expresa dolor cuando se golpea aunque el golpe no sea fuerte.	2	1	0
33. Le gusta palpar cierto tipo de telas o materiales.	0	1	2
34. Pasa la mano o el cuerpo por superficies, bordes de muebles, paredes u otras estructuras.	0	1	2
35. Su nivel de independencia en la casa es adecuado a su edad (vestirse, comer, dormir, uso de aparatos domésticos, etc.).	2	1	0

SUMA DE PUNTOS DE CADA COLUMNA

SUMA TOTAL DE PUNTOS (PUNTAJE DIRECTO)			

CONVERSIÓN DE PUNTAJES

PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI
1	1	22	26	43	51	64	76
2	2	23	27	44	52	65	77
3	4	24	29	45	54	66	79
4	5	25	30	46	55	67	80
5	6	26	31	47	56	68	81
6	7	27	32	48	57	69	82
7	8	28	33	49	58	70	83
8	9	29	34	50	59	71	84
9	11	30	36	51	61	72	86
10	12	31	37	52	62	73	87
11	13	32	38	53	63	74	88
12	14	33	39	54	64	75	89
13	15	34	40	55	65	76	90
14	17	35	42	56	67	77	92
15	18	36	43	57	68	78	93
16	19	37	44	58	69	79	94
17	20	38	45	59	70	80	95
18	21	39	46	60	71	81	96
19	23	40	48	61	73	82	98
20	24	41	49	62	74	83	99
21	25	42	50	63	75	84	100

Criterio de calificación

Nivel de trastorno	Puntaje indirecto
Sin trastorno o dudoso	0 a 20
Trastorno leve	20 a 40
Trastorno moderado	41 a 61
Trastorno intenso	52 a 80
Trastorno muy intenso	81 a 100

Estudio estadístico

Con la finalidad de establecer la confiabilidad y validez de la escala, se aplicó a 43 niños con diagnósticos de trastorno generalizado del desarrollo (autismo típico, Asperger, Rett, Heller e inespecífico) y 27 con otros trastornos (retardo mental, trisomía 21, hiperactividad). De los niños con trastorno generalizado del desarrollo 36 eran de sexo masculino (83.2%) y 7 de sexo femenino (16.8%). Del grupo sin trastorno generalizado del desarrollo 17 (63%) eran de sexo masculino y 10 de sexo femenino

(37%). Los niños eran alumnos tanto de escuelas regulares donde estaban incluidos como del IPHE-planta.

Se repartieron inicialmente 100 ejemplares de la escala pero sólo se aceptó para análisis el 70% descartándose un 30% por errores en la aplicación y por carecer de diagnóstico seguro. Para la confiabilidad y consistencia interna se determinaron los datos estadísticos descritos en el capítulo sobre metodología.

Valores de la muestra de niños con alguna variante de autismo

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media	33.619	0.961	18.667	14.952
Desviación estándar	14.673	0.419	8.895	6.358
Error estándar	2.291	0.065	1.389	0.993
Máxima	58.000	1.657	33.000	28.000
Mínima	3.000	0.086	2.000	1.000
N (casos)	42.000	42.000	42.000	42.000

Datos de consistencia interna de la muestra de niños con alguna variante de autismo

Correlación entre dos mitades	0.846
Coeficiente Spearman-Brown	0.917
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.889
Coeficiente Alfa (todos los ítems)	0.912
Coeficiente Alfa (ítems impares)	0.875
Coeficiente Alfa (ítems pares)	0.781

Valores de la muestra de niños sin autismo

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media	19.704	0.563	9.630	10.074
Desviación estándar	16.218	0.463	9.310	7.353
Error estándar	3.181	0.091	1.826	1.442
Máxima	61.000	1.743	33.000	28.000
Mínima	0.000	0.000	0.000	0.000
N (casos)	27.000	27.000	27.000	27.000

Datos de consistencia interna de la muestra de niños sin autismo

Correlación entre dos mitades	0.893
Coeficiente Spearman-Brown	0.944

Coeficiente Guttman (Rulon)	0.930
Coeficiente Alfa (todos los ítems)	0.935
Coeficiente Alfa (ítems impares)	0.898
Coeficiente Alfa (ítems pares)	0.846

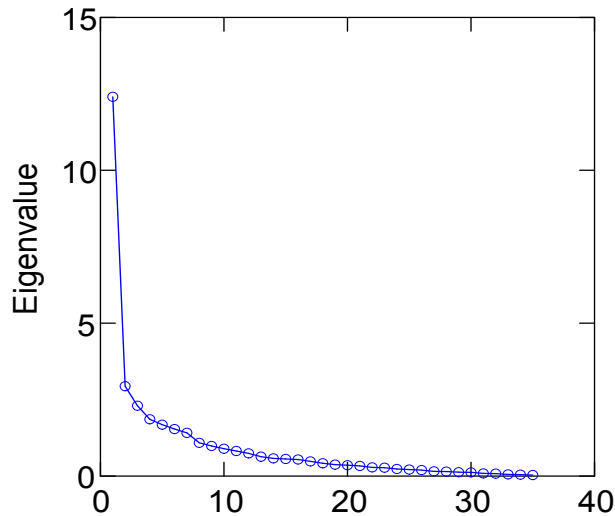
En el más del 75%, los puntajes de los ítems de los niños con alguna variante de autismo o trastorno generalizado del desarrollo, fueron mayores que los del grupo con otros diagnósticos, excepto en los ítems 6, 12, 18, 26 y 34, pero sin que las diferencias fueran estadísticamente significativas. Estos ítems son:

- Atiende cuando se le llama.
- Se muestra evasivo o esquivo cuando lo (a) quieren acariciar o cargar.
- Es muy sensible a ruidos.
- Es tolerante ante el cambio de rutinas o reglas
- Pasa la mano o el cuerpo por superficies, bordes de muebles, paredes u otras estructuras.

Ítems que diferenciaron de forma estadísticamente significativa a los niños con autismo y a los del grupo con otros diagnósticos

p<	ÍTEM
.008	Se mantiene en una actividad de juego con otros niños.
.016	Sabe seguir una dinámica de un juego.
.005	Muestra interés afectivo por otros niños.
.045	Actúa delante de otros niños o personas como si estuviese solo (a).
.008	Es capaz de entender los intereses, opiniones o necesidades de los demás.
.007	Habla y entiende el lenguaje de acuerdo a su edad.
.016	Se comporta como si fuera sordo (a) sin serlo.
.002	Si tiene lenguaje, es capaz de iniciar una conversación Espontáneamente.
.005	Se apega a objetos inusuales.
.010	Le da a los juguetes el uso apropiado.

Factores extraídos mediante análisis factorial



actor 1 (27.196% de la varianza)

1. Busca el contacto con otros niños.
2. Se mantiene en una actividad de juego con otros niños.
3. Sabe seguir la dinámica de un juego.
4. Muestra interés afectivo por otros niños.
5. Muestra apego afectivo a personas adultas.
9. Muestra signos de compasión o de querer ayudar a otros niños que se han lesionado o que han sido golpeados.
10. Se altera con facilidad donde hay gente mucha gente (buses, filas, restaurantes, cines, paseos).
13. Es capaz de exigir o pelear por lo que es suyo o el juguete que le han quitado.
15. Es capaz de entender los intereses, opiniones o necesidades de los demás.
16. Habla y entiende el lenguaje de acuerdo a su edad.
21. Si tiene lenguaje, es capaz de iniciar una conversación espontáneamente.
27. Le da a los juguetes el uso apropiado.
28. Huele o lame cosas no comestibles.
30. Tiene movimientos repetitivos estereotipados como aleteo con las manos, retorcerse los dedos, cabeceos y otros.
31. Puede permanecer mucho tiempo en una actividad útil o productiva.
33. Le gusta palpar cierto tipo de telas o materiales.
35. Su nivel de independencia en la casa es adecuado

Factor 2 (10.662% de la varianza)

14. Actúa delante de otros niños o personas como si estuviese solo (a).
19. Se comporta como si fuera sordo (a) sin serlo.
23. Se ríe sin motivo.
24. Camina en puntillas.
25. Se apega a objetos inusuales.
29. Se obsesiona con un determinado tema.
32. Expresa dolor cuando se golpea aunque el golpe no sea fuerte.

Factor 3 (12.539% de la varianza)

- 6. Atiende cuando se le llama.
- 7. Sigue órdenes aunque sean simples.
- 8. Mira a la cara cuando se le habla cuando quiere algo.
- 11. Es capaz de interpretar las señales o gestos de disgusto o de cambios emocionales en otras personas.
- 18. Es muy sensible a ruidos.
- 20. Si tiene algún lenguaje, su tono de voz es inexpresivo, sin m

ESCALA DE DETECCIÓN DE NIÑOS CON SÍNTOMAS DE AUTISMO

D. Cardoze

Introducción

Todos los investigadores y clínicos que trabajan sobre el desarrollo infantil, están de acuerdo en la necesidad de intervenir lo más pronto posible en los casos de infantes que presentan, por las razones que sean, riesgo de quedar limitados en sus capacidades. El cerebro humano no puede acabar su desarrollo normal si no tiene los estímulos externos (aparte de la adecuada nutrición) que le permitan formar y organizar las conexiones entre las neuronas y entre sus diferentes áreas funcionales. Es un órgano con mucha plasticidad y potencialidad, pero estas características se aprovechan mejor en los primeros años de la vida. De ahí la importancia de promover programas de detección y estimulación de niños en riesgo desde los primeros meses después del nacimiento. Los primeros cinco años son cruciales, por eso una vez conocido algún niño o niña con posibilidades de quedar rezagados en su crecimiento y desarrollo físico y emocional, se debe instaurar un plan de trabajo para ayudarlos a superar las dificultades que los ponen en riesgo y continuarlo durante todo el período preescolar. De esta manera se logra:

1. Disminuir la población de niños y jóvenes en condiciones de discapacidad
2. Aumentar el número de niños que pueden ser incluidos en las escuelas del sistema regular de educación.
3. Evitar el costo económico (familiar e institucional) que supone el continuar intervenciones y terapias debido a la prolongación en el tiempo de las limitaciones funcionales del niño.
4. Promover el desarrollo económico del país al aumentar la cantidad de personas que se insertan en la labor productiva en vez de permanecer en sus casas.

Diversos estudios demuestran los beneficios de la detección e intervención temprana en niños con síntomas de autismo como los de Dawson (2008), Riogers y Vismara (2008), Landa (2008), Remington y cols. (2007), Limon (2007), Ben-Itzhak y Zachor (2007) por citar algunos de los más recientes. Según Limon, al no ser el espectro autista una condición degenerativa, bajo las circunstancias apropiadas los

síntomas suelen mejorar con el tiempo, probablemente porque el niño autista aprende a filtrar la información sensorial por rutas neuronales alternativas, lo que le permite tener una mejor comprensión del ambiente que le rodea lo que a su vez le facilita el aprendizaje.

Por otra parte, también hay en la actualidad mayor aceptación de que el espectro autista puede ser diagnosticado a edades tan tempranas como los pocos meses de edad, y más aún entre el año y medio y los dos años de vida (Crais, Watson, Baranek y Reznick; Robins y Dumont-Mathieu). Si bien es verdad que existe el llamado autismo regresivo que consiste en la aparición de los síntomas después de un período de desarrollo aparentemente normal hasta el año o el año y medio de edad, es posible en la mayoría de los casos con un cuidadoso examen, si no diagnosticar, al menos descubrir conductas sospechosas de un síndrome de autismo. Además, incluso en el autismo regresivo, hay que estudiar si ya antes de la irrupción llamativa del síndrome no se habían estado dando conductas muy sutiles que podrían apuntar en esa dirección diagnóstica.

Los síntomas iniciales del autismo

En los primeros meses, un comportamiento sospechoso del niño es la falta de respuestas visuales, auditivas y afectivas a los intentos de la madre de comunicarse con él. Hoy se sabe que los recién nacidos vienen ya con la capacidad de responder a estímulos y de lograr su integración a nivel cerebral, aunque con el tiempo tienen que ir perfeccionando esta función y haciendo más selectiva y económica su orientación exploratoria de los objetos y eventos de su mundo inmediato. Los niños autistas nacen ya desconectados; no son capaces de integrar sus percepciones ni de intentar una exploración activa de su alrededor. Esta situación causa desconcierto en las madres, sobre todo en aquellas que ya han tenido la experiencia de criar otros hijos.

El proceso normal de apego entre madre e hijo se ve afectado debido a este aparente desinterés del niño por el contacto. Para el niño lactante de pocos meses de edad, el encuentro cara a cara con el adulto es una fuente de excitación placentera; observando las expresiones de sus padres aprende a sentir seguridad y a emocionarse o a confundirse y llorar con los cambios en los gestos faciales de aquellos. Estas respuestas que indican la capacidad de los niños normales de estas edades a compartir experiencias simples con sus padres y a expresar afectos, en los autistas no

llega a darse, excepto, aparentemente, en los que han mostrado un desarrollo inicial normal.

Este misma falla en establecer un nexo emocional con los padres, es lo que impide al niño autista la discriminación posterior entre estos y los extraños, lo que normalmente suele darse hacia el 8º mes de la vida. En esta etapa, a los niños les causa angustia separarse de los brazos de los padres o de familiares con quienes ha estado en contacto desde que nació, a los de otras personas que no conoce. Cuando se trata de niños con autismo lo más probable es que esta reacción que generalmente es de llanto y resistencia, no se llegue a dar y el niño se deje trasladar de unos brazos a otros. Por la misma razón, tampoco llegan a ver a sus padres como fuentes primarias para obtener el significado de las cosas ni experimentan el contexto de seguridad desde el cual pueden explorar con confianza su mundo circundante.

Todos los niños, cuando ya inician la actividad exploratoria de su ambiente mediante el gateo o caminando, necesitan desplazarse pero teniendo siempre a la persona adulta como punto de referencia a la que acudir en caso necesario, ya sea para protegerse, para buscar consuelo o para compartir con ella sus descubrimientos. Pero al no existir en el autista la capacidad de reconocer “al otro” y darle un significado de referencia o afectivo, no echará de menos si es la madre, el padre o un extraño el que esté presente o si no están. Más adelante, muchos sí llegan a familiarizarse con las figuras que los crían atemorizándose si los dejan solos o con otros, pero se trataría de la misma insistencia a la conservación de un mundo sin cambios. No obstante, y aunque el autista de pocos años ya se haya acostumbrado a depender de sus padres, su actitud sigue estando matizada por el alejamiento afectivo y un contacto visual superficial, breve y sin significado social.

Otros síntomas descritos son la ausencia de postura anticipadora⁶¹ o de extender los brazos cuando se les quiere cargar; fallo para utilizar la mirada como modulador de la interacción social; falta de juego cooperativo con otros niños; trastornos en la comprensión y la adquisición del lenguaje verbal y gestual, así como incapacidad para desarrollar habilidades prelingüísticas como la imitación social, utilización adecuada de objetos y juguetes y pobreza de imaginación en el juego (Rutter y Garmez, 1983). Estos síntomas fueron confirmados por otros investigadores en los últimos años.

Palomo, Belinchón y Díaz en una revisión de la literatura dan como más significativos los siguientes síntomas tempranos (antes de los 24 meses): aislamiento (jugar solo), indiferencia ante las personas, incomodidad al ser tomados en brazos, pasividad, no responder al nombre, expresiones faciales inapropiadas, ausencia de seguimiento de la mirada, no atraer la atención del adulto hacia su actividad, retraso en la aparición de las primeras vocalizaciones, aparente sordera, no comprensión del “no”, ausencia de juego ficción, regresión en juegos motores, posturas inusuales, incapacidad para imitar movimientos o gestos sencillos, reacciones lentas, miedos no usuales, apego o fijación a objetos y problemas de alimentación.

La escala de detección de autismo

El instrumento desarrollado para la detección temprana de posibles casos de autismo infantil, está pensada para ser utilizada por médicos, terapeutas del desarrollo y de estimulación precoz, enfermeras, psicólogos y cualquier otra persona que trabaje con niños lactantes.

Se trataba de hacer una guía breve y sencilla que pudiera ser contestada en poco tiempo, y servir de base para referencias a los especialistas que pueden hacer el diagnóstico apropiado, pero también para iniciar el proceso de intervención para optimizar la situación de los niños detectados y potenciar sus capacidades.

La forma de responder la escala es de cierto o falso. Al **CIERTO** corresponde la calificación de 1 (uno) y al **FALSO** el 0 (cero), con lo que se obtiene un puntaje directo que es el que se utiliza para definir el nivel de riesgo. Se eligieron 18 ítems o conductas que caracterizan al infante con autismo. La elección de estas conductas se basó en la experiencia de 38 años del autor en el campo del autismo infantil, confirmada por los datos aportados por la literatura científica internacional en publicaciones de medicina y psicología.

Los ítems aluden a conductas como: desinterés por el ambiente circundante, respuesta selectiva a sonidos o apariencia de sordera, falta de apego afectivo, mirada sin sentido social, retraso de las vocalizaciones y de la comprensión del lenguaje, ausencia de juego simbólico o uso apropiado de los juguetes, rutinas motoras y apego o fijación inusual a objetos.

Instrucciones de aplicación

1. Debe ser completada por el profesional examinador haciendo las preguntas a los padres del niño y observando las conductas de éste.
2. No se deben hacer anotaciones al margen de los ítems, en todo caso, si se quiere hacer comentarios adicionales estos se deben poner al final de la escala.
3. Tratándose de respuestas de CIERTO y FALSO, es necesario ser lo más objetivo posible y no contestar el ítem hasta no haber salido de dudas sobre la existencia o no de una determinada conducta. Si algún ítem no se aplica se le da una calificación de 0.
4. La escala se puede aplicar en cualquier momento de la vida del niño antes de los 18 meses, pero es más fiable después de los 3 meses de edad.
5. Es importante seguir el instructivo en relación a los ítems que se pasan según la edad en la que está el niño en el momento: 1 al 7 hasta los 7 meses; del 1 al 13 hasta los 13 meses; y del 1 al 18 hasta los 18 meses.
6. El puntaje total es la suma del de cada ítem y debe ser señalado en la tabla de nivel de riesgo que está al final de la escala.
7. Una forma recomendada de aplicar la escala es hacerlo según el siguiente cronograma:
 - 1ª vez: a los 3 meses
 - 2ª vez: a los 7 meses
 - 3ª vez: a los 13 meses
 - 4ª vez: a los 18 meses
8. Es importante, para fines futuros de investigación, llenar todos los datos generales al inicio de la escala. En el apartado para diagnósticos se pone niño sano si no tiene ningún trastorno, pero también se puede poner si presentó alguna eventualidad anormal durante la gestación o el parto.
9. Esta escala solamente debe estar en manos de los profesionales que tratan al niño o que estén relacionados en alguna investigación sobre el tema en cuyo caso no debe llevar nombre.

10. Ninguna de las conductas que aparecen en los ítems es normal, por lo que el nivel de riesgo de ser un niño con autismo va subiendo a partir de un puntaje de 1 como se ve en la tabla al final de la escala.
11. Los niños con puntajes de 1 en más de 2 o 3 ítems deben ser sometidos a un examen más exhaustivo y de diagnóstico diferencial con otras patologías que pueden confundirse con el autismo (hipoacusias, baja visión, abandono afectivo, etc.).

ESCALA DE SÍNTOMAS DE ESPECTRO AUTISTA PARA NIÑOS MENORES DE 18 MESES

D. Cardoze

Nombre del niño(a): _____ Sexo: F M
Edad (en meses): _____ meses. Edad de la madre: _____ Edad del padre: _____ años
Diagnóstico (si lo tiene): _____

INSTRUCTIVO

Hasta los 7 meses se aplican los ítems del 1 al 7 (puntaje máximo = 7)
 Hasta los 13 meses se aplican los ítems del 1 al 13 (puntaje máximo =13)
 Hasta los 18 meses se aplican todos los ítems (puntaje máximo =18)

	CIERTO	FALSO
1. Tiene la mirada perdida, no la enfoca hacia personas que le hablan.	1	0
2. No le llaman la atención los juguetes que se cuelgan sobre la cuna o se le muestran a la altura de su cara.	1	0
3. No sonrírle cuando se le habla ni cuando se le hacen mimos.	1	0
4. No emite sonidos del tipo del balbuceo o no tiene lenguaje de acuerdo a su edad (algunas palabras hacia los 16 meses)	1	0
5. No trata de llamar la atención de la madre o de quien le cuida, ya sea con los brazos o con sonidos o llanto mientras mira a la persona.	1	0
6. Responde ante sonidos de forma variable, diferente a lo que se espera.	1	0
7. No muestra apego cuando se le carga o no pone de su parte para que lo carguen.	1	0
8. Se entretiene haciendo movimientos repetidos con las manos o el cuerpo.	1	0
9. No diferencia entre extraños y la madre o el padre (después de los 8 meses de vida).	1	0
10. No sabe utilizar los juguetes como se espera para su edad, o jugar en firma simbólica (dándole significado a los juguetes).	1	0

	CIERTO	FALSO
11. No sigue órdenes simples como “coge... ven... dámelo...”	1	0
12. No parece interesarle compartir experiencias de juego con la madre o quien lo cuida mientras juega o gatea explorando el ambiente cercano.	1	0
13. Si ya camina, lo hace a menudo en puntillas.	1	0
14. Si ya camina, acostumbra a dar vueltas repetidamente.	1	0
15. No parece sentir curiosidad por elementos nuevos que se le presentan en su entorno inmediato (personas, juguetes, otros).	1	0
16. Se apega a objetos a los que quiere siempre tener en la mano.	1	0
17. No busca el contacto con otros niños de su edad cuando Los tiene cerca.	1	0
18. No le llama la atención la televisión o sólo la mira como de pasada.	1	0

Puntaje total: _____

NIVELES DE RIESGO DE AUTISMO

Señale el nivel alcanzado por el niño o niña con un círculo alrededor del número

Niveles de riesgo para niños menores de 7 meses																	
Hasta 7 meses							Máximo nivel de riesgo es 7										
1	2	3	4	5	6	7											
Niveles de riesgo para niños menores de 13 meses																	
Hasta 13 meses							Máximo nivel de riesgo es 13										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
Niveles de riesgo para niños menores de 18 meses																	
Hasta 18 meses										Máximo nivel de riesgo es 18							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

ESCALAS DE RIESGO SOCIOCULTURAL

D. Cardoze

Introducción

Desde el primer momento de su concepción, el ser humano se encuentra influido en una diversidad de factores externos que pueden propiciar o malograr su normal crecimiento y desarrollo psicofísico. Aspectos como la salud física y nutrición de la propia madre, sus estados emocionales, la acción nociva de los microorganismos y los medicamentos u otras sustancias tóxicas que pueden llegarle a través de la sangre por el cordón umbilical, las radiaciones y contaminantes ambientales, etc. Vemos como desde los albores de la existencia, las experiencias socio-familiares, el nivel cultural y económico pueden afectar la salud del niño en gestación. Pensemos en los riesgos a los que se ven sometidos las mujeres embarazadas de los niveles sociales más precarios, en comparación con las que tienen todos los medios y las posibilidades a su alcance para una buena gestación y un feliz parto.

Recordemos como en los niveles más bajos de la escala social se da más mortalidad y morbilidad infantil y los diferentes grados de desnutrición con las consiguientes secuelas, muchas de ellas permanentes que dejan su huella tanto en el cuerpo como en la mente. Por otra parte, y sin quedar limitados a un determinado nivel socioeconómico o cultural, están los traumas psicológicos por abandono afectivo, por maltrato durante la niñez y adolescencia, por las vivencias de violencia intrafamiliar como patrón usual de la vida doméstica y el estado de ansiedad continuo que genera la dificultad que muchas veces es imposibilidad, de satisfacer las necesidades más básicas, o la promiscuidad (que incita al abuso sexual) con sus consecuencias de daño psíquico y moral tanto en niñas como en niños. Es decir, las experiencias vividas en el contexto familiar y social predisponen a una variedad trastornos dentro de los cuales los de índole psicopatológica son los más frecuentes. La población más vulnerable a estos trastornos es la de niños y adolescentes, pero especialmente la que presenta antecedentes que los convierten en discapacitados en un mundo pensado y estructurado para las personas que arbitrariamente llamamos “normales”. La experiencia clínica nos dice que estas personas presentan con mayor frecuencia alteraciones psicológicas como baja autoestima, temores, ansiedades, auto y héteroagresividad, inquietud motora, trastornos del sueño, etc.

La Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y la Negligencia contra los Niños (ISPCAN) informó que según un estudio realizado en el año 2000, se vio que los niños con discapacidad tenían una probabilidad de ser víctima de maltrato 3,4 veces mayor que la de

sus pares no discapacitados, y que los riesgos relativos de sufrir maltrato según el tipo de discapacidad en comparación con los demás niños eran las siguientes:

- Trastornos de conducta + 6.3
- Problemas de lenguaje + 4.1
- Retardo mental + 3.3
- Problemas de salud + 3.0
- Discapacidad auditiva + 2.5
- Problemas de aprendizaje + 2.0
- Problemas de visión + 2.0
- Discapacidad física + 1.5
- Discapacidades múltiples + 1.4

La familia es el primer escenario de la vida para todos nosotros, dependiendo en gran parte de nuestro aprendizaje en él cómo serán nuestros patrones de conducta en la sociedad (incluyendo aquí el contexto escolar y la comunidad en general). Por lo tanto es de importancia fundamental el poder experimentar una vida familiar sana que facilite el desarrollo armónico de la persona y esto se logra en una familia sana, donde se vive en concordia y con un mínimo de conflictos. La familia sana se caracteriza por:

- Una clara definición de roles.
- Normas bien establecidas y definidas.
- Relaciones basadas en la confianza, el respeto mutuo y la generosidad.
- Ejercicio de la autoridad parental de manera firme, consistente y humana.
- Ausencia de violencia física o psicológica.
- Tolerancia y paciencia.
- Comunicación frecuente y afectuosa.
- Fomento de la independencia en los hijos.
- Aceptación de las diferencias individuales y del propio valor de cada uno de los miembros de la familia.
- Capacidad para superar rápidamente las crisis que puedan originarse en el proceso de crecimiento y desarrollo familiar.
- Adaptación a los cambios producidos por ese proceso.
- Apertura al mundo exterior pero conservando la idiosincrasia y unidad familiar.
- Compromiso de los padres a seguir ejerciendo cabalmente su papel en caso de una separación.

La sociedad nos influye también a través del contacto con los demás en nuestras relaciones en el vecindario, en la escuela y a través de las instituciones sociales. Los modelos que se presentan al niño desde muy temprano en la comunidad en la que vive, en la pantalla de televisión, en el cine, en los espectáculos públicos va creando un tipo de cultura, de actitudes y comportamientos no deseables: la insensibilidad y el gusto por la violencia, el afán consumista, el sentido hedonista de la vida, la inclinación a la corrupción en las gestiones públicas o privadas, la tentación de la evasión mediante los estupefacientes y el desinterés por el cultivo del espíritu y la inteligencia. En cierta manera la familia puede constituir un contrapeso a las influencias negativas del ambiente social fomentando en sus miembros otras actitudes y conductas más beneficiosas tanto para la propia vida en el hogar como para la comunidad en la que se proyecta. Pero, también puede, ser una barrera que los aísla del resto de la sociedad o les inculque temores, inseguridad o desconfianza injustificadas ante el mundo y constituyéndose en un submundo cerrado e impenetrable, impidiendo, especialmente a los niños, un adecuado desarrollo social.

La cultura, comprendida en este caso como conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico, es otro factor de interés en el desarrollo de la niñez y la juventud. Nadie pone hoy en duda que mientras mayor nivel de estudios se alcance, independientemente de las críticas que podamos hacerle a los sistemas educativos, más posibilidades tiene una persona de lograr una formación más integral y elevada, lo que es al fin y al cabo el verdadero éxito en la vida. Una comprensión más cabal de la existencia y del mundo que nos rodea nos permite alcanzar mayor grado de libertad al tener más independencia de pensamiento y no estar alienados por supersticiones, dogmas y convencionalismos sociales sin significado humano real. La cultura a la que aquí aludimos se adquiere estudiando, leyendo, observando con profundidad al universo de personas, animales y cosas con las que estamos en contacto y sobre todo, aplicando el juicio crítico. No se trata de hacerse de una cultura enciclopédica o de la erudición por la erudición, sino de apropiarse de los conocimientos suficientes que nos permitan tener elementos de juicio para razonar con mayor objetividad. Si una persona crece en un medio familiar y social donde no adquiere conocimientos, no aprende a pensar y a ser libre de espíritu, está más propensa a dejarse llevar por actitudes irracionales que los llevan a apasionamientos peligrosos. El comportamiento de la persona está motivado por una gran cantidad de ideas y esquemas mentales erróneos y por sentimientos muy primarios y superficiales. De ahí todo el gusto por lo chabacano, lo soez y la incapacidad de poder experimentar estados fructíferos de soledad que nos permitan meditar y profundizar en nuestra propia persona; de ahí el terror tan grande a la soledad y a la muerte.

En el área de lo económico y urbano, sabemos que la carencia de medios por desempleo o de un empleo con un salario suficiente, como las condiciones de vivienda inapropiadas (la falta de espacio que promueve la promiscuidad y la neurotización de las personas; la no disponibilidad de agua corriente y de luz eléctrica; la inseguridad de un hábitat expuesto a las inundaciones, frágil ante los temporales y ante otras calamidades naturales) son causas frecuentes e importantes en la génesis de frustraciones y traumas (físicos y psicológicos) en las personas, principalmente en los más jóvenes, así como de impedimentos para una adecuada aplicación a los estudios y para la armonía de la vida familiar.

Las escalas

En cada una de las escalas que conforman este instrumento evaluativo de riesgos, se ha procurado formar los ítems a base de aspectos básicos tratando así de no crear un documento muy extenso. Creemos que los puntos que se indagan en cada una de las áreas son suficientes como para poder formarse una idea real de los riesgos que deseamos definir. En el área familiar es donde nos hemos extendido algo más porque así lo exige este apartado. En total, las escalas reúnen 35 ítems: 7 el área social; 6 al área cultural; 9 el área económica-urbana; y 13 el área familiar. Es un instrumento que no toma mucho tiempo llenar y que permite conocer lo básico de cada una de estas áreas examinadas.

Cuando se trabaja habilitando, educando o mejorando la salud física o mental de los niños y adolescentes, no podemos prescindir de las influencias de su ambiente: cómo vive, cómo lo crían y qué trato recibe, que modelos tiene a su alcance en el seno familiar y social, si tiene satisfechas sus necesidades más importantes. Las escalas de riesgo sociocultural son, en estos casos de gran ayuda para:

- Disponer de una información organizada.
- Establecer niveles de riesgo que a su vez facilitan el saber en qué áreas ambientales y familiares hay que intervenir para mejorar su calidad de vida del niño o el joven.
- Realizar trabajos de investigación al tener una fuente de datos cuantificada.

Por supuesto que un instrumento de este tipo no es incompatible con los estudios de campo en un trabajo social, ni elimina la posibilidad de que se pueda profundizar con otras evaluaciones, por ejemplo, en el caso de la vida familiar, sino que por el contrario, puede indicarnos cuándo hay que proceder a esos otros estudios.

Normas de aplicación

1. En cada área de las mencionadas en estas escalas se obtiene un puntaje directo que se convierte en índice de riesgo (Social, Cultural, Económico-Urbano y Familiar) en la tabla que para este fin se presenta al final.
2. El número de la respuesta elegida es el puntaje de cada ítem. En el ítem en el que se pueden elegir más de una respuesta (el ítem C del área familiar) se suman los números correspondientes a éstas para obtener el puntaje.
3. Deben ser contestadas por un familiar teniendo delante al examinador. El familiar debe ser instruido para que:
 - No deje ningún ítem sin contestar.
 - Que observe que en algunos ítems puede elegir más de una respuesta.
 - Pregunte al examinador cuando no entienda el sentido de algún ítem.
 - Conteste con la mayor objetividad posible.
4. Se aconseja que otro familiar que vive en la misma casa también conteste las escalas para confirmar la veracidad de las respuestas.
5. El aplicador, si conoce bien a la familia, podrá responder por sí mismo algunos ítems para una mayor seguridad de su veracidad.
6. Este documento es confidencial y solamente debe ser conocido, una vez contestado, por la familia y por los profesionales que la atienden.

ESCALAS DE RIESGO SOCIOCULTURAL

D. Cardoze

Nombre del niño: _____ Sexo: F M
Edad: _____ años. Provincia: _____ Distrito: _____
Calle _____ Casa No. _____ Tel(s): _____ / _____

ÁREA SOCIAL

- A. La familia viven en un vecindario en el que se sienten:
- 0) Tranquilos e integrados.
 - 1) No atemorizados pero sí poco apoyados o poco integrados.
 - 2) Atemorizados e inseguros.
- B. ¿En el vecindario es frecuente la venta y consumo de drogas?
- 0) No se da.
 - 1) Se da muy pocas veces.
 - 2) Se da pero no muy frecuentemente.
 - 3) Muy frecuente.
- C. ¿En el vecindario existen áreas que los niños puedan usar como recreativas?
- 0) Sí hay y las utilizan a menudo en forma segura.
 - 1) Sí hay pero las usan poco por inseguridad.
 - 2) No las hay.
- D. ¿La familia recibe visitas de familiares o amigos?
- 0) Con frecuencia.
 - 1) Pocas veces
 - 2) Nunca o casi nunca.
- E. ¿La familia realiza visitas a otros familiares o amigos?
- 0) Con frecuencia.
 - 1) Pocas veces
 - 2) Nunca o casi nunca.
- F. ¿La familia pertenece a algún u organización se tipo social?
- 0) Sí y lo frecuentan a menudo.
 - 1) Sí, pero lo frecuentan poco.
 - 2) No pertenece.
- G. ¿Algún familiar ha tenido o tiene conducta delictiva?
- 0) Ninguno
 - 1) Uno o más de los hermanos o hermanas pero no los padres.
 - 2) El padre solamente.
 - 3) La madre solamente.
 - 4) Ambos padres pero no hermanos.
 - 5) Ambos padres y uno o más hermanos(as).

Puntaje directo: _____

Puntaje indirecto (Índice de Riesgo Social): _____

ÁREA CULTURAL

A. El padre tiene formación:

- 0) Técnica o universitaria completas (Carrera: _____)
- 1) Técnica o universitaria incompletas (Hasta que nivel: _____)
- 2) Media completa (hasta el 12° grado incluido).
- 3) Media incompleta (9°, 10, 11°. Grados) (Señale el grado alcanzado).
- 4) Premedia completa (incluido el 9° grados)
- 5) Premedia incompleta (7°, 8°. grados). (Señale el grado alcanzado).
- 6) Primaria completa (hasta el 6° grado incluido).
- 7) Primaria incompleta o es analfabeta.

B. La madre tiene formación:

- 0) Técnica o universitaria completas (Carrera: _____)
- 1) Técnica o universitaria incompletas (Hasta que nivel: _____)
- 2) Media completa (hasta el 12° grado incluido).
- 3) Media incompleta (9°, 10, 11°. Grados) (Señale el grado alcanzado).
- 4) Premedia completa (incluido el 9° grados)
- 5) Premedia incompleta (7°, 8°. grados). (Señale el grado alcanzado).
- 6) Primaria completa (hasta el 6° grado incluido).
- 7) Primaria incompleta o es analfabeta.

C. ¿Los padres acostumbran a comprar y leer libros que no sean los de escuela?

- 0) Frecuentemente (más de 4 veces por año).
- 1) Varias veces (entre 2 y 4 veces al año).
- 2) Pocas veces al año (menos de 2 veces al año).
- 3) Nunca o casi nunca.

D. ¿Los padres les leen libros a los hijos o los ponen a leer regularmente libros que no sean los de la escuela?

- 0) Muchas veces.
- 1) Algunas veces.
- 2) Nunca o casi nunca.

E. ¿Los padres llevan a los hijos a actividades culturales (cine, teatro, visitas a museos u otros lugares para el fomento de la cultura)?

- 0) Muchas veces.
- 1) Algunas veces
- 2) Nunca o casi nunca.

F. ¿Cuáles canales de televisión locales ven en la familia con más frecuencia?

- 0) Canales educativos nacionales o del sistema de cable.
- 1) Canales comerciales (2, 4, 7, 9, 13, 21, 23, 31, 33, 37) y otros del sistema de cable.

Puntaje directo: _____

Puntaje indirecto (Índice de Riesgo Cultural): _____

ÁREA ECONÓMICA-URBANA

A. El ingreso familiar es:

- 0) Bueno (se cubren necesidades básicas y alcanza para otros gastos o ahorrar).
- 1) Suficiente (se cubren necesidades básicas solamente).
- 2) Insuficiente (no se cubren las necesidades básicas adecuadamente).

B. Los ingresos familiares ¿lo son de manera constante o inconstante?

- 0) De manera constante (fija)

1) De manera inconstante

C. La vivienda es de principalmente de:

- 0) Cemento
- 1) Adobe / Madera
- 2) Adobe / Barro
- 3) Zinc/Cartón

D. Si la vivienda es de madera o cemento, ¿cómo es su estado?

- 0) En buen estado
- 1) En regular estado
- 2) Mal estado pero no condenada
- 3) Mal estado y condenada

E. ¿La vivienda tiene servicio higiénico propio?

- 0) Sí
- 1) No

F. ¿La vivienda dispone de agua corriente?

- 0) Sí
- 1) No

G. ¿La vivienda dispone de luz eléctrica?

- 0) Sí
- 1) No

H. ¿Cómo es la tenencia de la vivienda?

- 0) Propia libre de hipoteca
- 1) Propia con hipoteca
- 2) Cedida/Alquilada

I. ¿Los hijos disponen de dormitorios separados de los padres?

- 0) Más de una habitación para los hijos
- 1) Sí. Una habitación para los hijos.
- 2) No. Duermen todos en una habitación.

Puntaje directo: _____ Puntaje indirecto (Índice de Riesgo Económico Urbano): _____

ÁREA FAMILIAR

A. ¿El niño(a) vive con sus padres?

- 0) Con el padre y la madre
- 1) Sólo con la madre y otros familiares: (_____)
- 2) Sólo con la madre.
- 3) Sólo con el padre y otros familiares: (_____)
- 4) Sólo con el padre.
- 5) Con ninguno (_____)

B. Si el niño(a) vive con otras personas que no sean sus padres, ¿desde cuándo se da esta situación?

- 0) No se da este caso.
- 1) Más de cuatro años.
- 2) Entre dos y cuatro años
- 3) Entre uno y dos años.
- 4) Desde hace menos de un año.

C. El niño(a) es rechazado por: **(Puede señalarse más de una respuesta)**

- 0) No lo rechaza o evita ningún familiar cercano (1ª y 2ª línea de consanguinidad).

- 1) Por otros familiares no mencionados (tíos, primos).
- 2) Por un abuelo o una abuela.
- 3) Por un más de un abuelo o abuela.
- 4) Sólo por un hermano o hermana.
- 5) Por más de un hermano.
- 6) Por el padre.
- 7) Por la madre.
- 8) Por ambos padres.

D. ¿Se hace vida familiar en el hogar del niño(a) (salir juntos, comer juntos, participar juntos actividades sociales o culturales, tener conversaciones frecuentes entre todos los miembros de la familia)?

- 0) Muchas veces.
- 1) Algunas veces
- 2) Nunca o casi nunca.

E. Los padres del niño(a) están en:

- 0) Casi siempre en armonía y casi nunca en conflicto.
- 1) Más en armonía que en conflicto.
- 2) Conflicto frecuentemente.

F. ¿Existe o ha existido violencia física entre los padres del niño(a)?

- 0) Nunca
- 1) Pocas veces.
- 2) Muchas veces.

G. ¿Existe violencia física entre otros familiares que viven con el niño(a)?

- 0) No
- 1) Sí, pocas veces: (_____)
- 2) Sí, muchas veces: (_____)

H. El padre (o quien hace de padre) del niño(a) es:

- 0) Afectuoso con él o ella pero estricto cuando es necesario.
- 1) Afectuoso con él (ella) pero muy permisivo (malcriador).
- 2) Poco afectuoso en él (ella) pero no duro.
- 3) Poco afectuoso y muy duro (autoritario, muy estricto, critica o regaña mucho con él o ella.

I. La madre (o quien hace de madre) del niño(a) es:

- 0) Afectuoso con él o ella pero estricto cuando es necesario.
- 1) Afectuoso con él (ella) pero muy permisivo (malcriador).
- 2) Poco afectuoso en él (ella) pero no duro.
- 3) Poco afectuoso y muy duro (autoritario, muy estricto, critica o regaña mucho con él o ella.

J. ¿Algún otro miembro de la familia cercana consiente o malcría al niño(a)?

- 0) Ninguno
- 1) Sólo uno: (_____)
- 2) Sí, más de uno (_____)

K. ¿Los padres están en consonancia en lo que respecta a la crianza del niño(a)?

- 0) Casi siempre lo están (y si no lo están se ponen de acuerdo).
- 1) Lo están pero tienen algunas diferencias en este sentido.
- 2) Casi nunca lo están (tienen conflictos frecuentes por eso).

L. ¿Los padres se involucran en las terapias o en la educación escolar del niño(a)?

- 0) Ambos se involucran lo suficiente.
- 1) Sólo de uno de ellos se involucra lo suficiente: (_____)

2) Ni el padre ni la madre se involucran mucho.

M. ¿Los padres se involucran en las citas y tratamientos médicos o psicológicos del niño(a)?

0) Ambos se involucran lo suficiente.

1) Sólo de uno de ellos se involucra lo suficiente: (_____)

2) Ni el padre ni la madre se involucran mucho.

Puntaje directo: _____

Puntaje indirecto (Índice de Riesgo Familiar): _____

Conversión de puntajes de cada área a índice de riesgo

Área Social.		Área Cultural		A. Económica-Urbana		Área Familiar			
PD	IR	PD	IR	PD	IR	PD	PI	PD	PI
1	6	1	4	1	6	1	2	24	52
2	11	2	9	2	12	2	4	25	54
3	17	3	14	3	19	3	6	26	56
4	22	4	18	4	25	4	9	27	59
5	28	5	23	5	31	5	11	28	61
6	33	6	27	6	37	6	13	29	63
7	39	7	32	7	44	7	15	30	65
8	44	8	36	8	50	8	17	31	67
9	50	9	41	9	56	9	20	32	70
10	56	10	45	10	62	10	22	33	72
11	61	11	50	11	69	11	24	34	74
12	67	12	54	12	75	12	26	35	76
13	72	13	59	13	81	13	28	36	78
14	78	14	64	14	87	14	30	37	80
15	83	15	68	15	94	15	33	38	83
16	89	16	72	16	100	16	35	39	85
17	94	17	77			17	37	40	87
18	100	18	82			18	39	41	89
		19	86			19	41	42	91
		20	91			20	43	43	93
		21	95			21	47	44	96
		22	100			22	48	45	98
						23	50	46	100

Criterios de riesgo

Riesgo bajo o sin riesgo:	0	a	25
Riesgo moderado:	26	a	50
Riesgo alto:	51	a	75
Riesgo muy alto:	76	a	100

TIPO DE RIESGO

SIGNIFICADO DEL RIESGO

Riesgo social:

Es posible que los niños no logren una adecuada integración social necesaria para su desarrollo personal, y que puedan aprender desde muy temprano conductas socialmente inaceptables, o desarrollar trastornos emocionales con inseguridad y temor de forma más o menos crónica.

Riesgo cultural:

Es posible que los niños no reciban los estímulos necesarios para su desarrollo cognoscitivo y estar en desventaja para el aprendizaje académico; que no adquieran interés por el conocimiento lo que también perjudica su formación intelectual.

Riesgo económico-urbano:

Es posible que los niños no reciban una nutrición que les permita un desarrollo psicofísico adecuado; que vivan en un ambiente de promiscuidad o de mayor incidencia de enfermedades o de accidentes.

Riesgo familiar:

Es posible que los niños vivan en un ambiente familiar poco propicio para su bienestar emocional, o no reciban los apoyos necesarios para superar o mejorar sus dificultades o discapacidades, tanto físicas como mentales; que puedan sufrir maltrato, o una crianza deformada que afecte el desarrollo de su personalidad.

LAS ESCALAS DE CONDUCTA Y DESEMPEÑO ESCOLAR

D. Cardoze

La conducta y el desempeño escolar.

La conducta y el desempeño en el medio escolar son causas muy frecuentes de consultas en las clínicas de Psiquiatría de niños y adolescentes; se podría decir que en términos generales ocupan más del 50 % del tiempo del paidopsiquiatra. Estos problemas toman aspectos diversos y así tenemos que las consultas pueden ser por:

- a. Bajo rendimiento académico.
- b. Trastornos de aprendizaje con o sin bajo rendimiento general.
- c. Síndrome de hiperactividad con deficiencia de la atención.
- d. Trastornos del comportamiento con o sin síndrome de hiperactividad.
- e. Trastornos emocionales.

El diagnóstico de estos trastornos que afectan el desempeño escolar de los jóvenes no puede completarse sin el apoyo de la información que suministran los docentes que trabajan con aquéllos, además de la obtenida de los familiares, de otros profesionales de la salud mental y de la observación realizada por el psiquiatra en la clínica. Generalmente se solicita información a más de un docente para tener datos más fiables o para poder hacer comparaciones en relación a la conducta diferencial del menor con uno u otro de aquéllos.

Las opiniones y observaciones que hacen los maestros pueden coincidir o diferir en gran medida dependiendo de esa conducta diferencial del estudiante, y si no se ajustan a un patrón de preguntas y respuestas común previamente establecido, se corre el riesgo de que se enfoquen en intereses o preocupaciones o muy específicas o muy generales que al final no se pueden cotejar.

Esta es la razón por la que se han desarrollado instrumentos que permitan recoger la información de la escuela de una manera más objetiva, y en el caso de las escalas, cuantificada, lo que facilita más el proceso de diagnóstico clínico y el seguimiento de las variaciones de la conducta y el rendimiento durante el tiempo en el que el paciente es tratado. Naturalmente que se cuenta con el hecho de que no siempre los maestros y profesores darán la información con toda la objetividad que se quiere, pero estos casos son los menos como la experiencia lo confirma, además de que esto es un riesgo que se corre con todo tipo de instrumento que pretende obtener respuestas a temas como la conducta y las emociones de una persona.

Con el fin de compensar este tipo de sesgo, se han desarrollado los métodos de confiabilidad de las escalas como se vio en el capítulo sobre metodología. Además, lo que

respondan los educadores escolares no es la única fuente en la que nos basamos para el diagnóstico y siempre habrá que compararlo con la versión de los familiares, otras personas que se relacionan con el niño y los resultados de los estudios realizados por los diferentes especialistas del equipo de una clínica de salud mental para niños y adolescentes.

En nuestra práctica tratamos de llegar a un diagnóstico de estos problemas mediante los siguientes pasos:

- Historia clínica.
- Entrevista con el paciente y observación de su conducta durante la misma.
- Aplicación de instrumentos de detección y medida de otros trastornos.
- Evaluación con pruebas psicológicas.
- Observación de la conducta y el desempeño por maestra especializada en un período de dos a tres citas.
- Información de la escuela mediante las escalas que aquí se presentan.

Existen en la literatura y en el mercado escalas que se han diseñado para detectar trastornos como el Síndrome de Hiperactividad con Déficit de Atención, o como lo denomina la nomenclatura norteamericana, el Trastornos de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad. Este es el caso de la Escala de Conners que es una de las más utilizadas actualmente, la “School Situations Questionnaire-Revised” de Du Paul y la Child Attention Profile” de Edelbrook. Pero también hay otras que amplían el tema a investigar y se trata de escalas con listas más amplias de preguntas o reactivos para ser contestadas por el personal docente de las escuelas como la “Behavior Assessment System for Children de Kamphaus y Reynolds. En general, todas están basadas en síntomas que se describen en la literatura sobre psiquiatría y psicología de niños y adolescentes, especialmente en las clasificaciones actualmente en boga como la de la Organización Mundial de la Salud o CIE en su versión 10ª, y la norteamericana llamada “Diagnostic Statistical Manual” o DSM en su versión 4ª.

En cuanto a la elaboración de estos instrumentos de detección y medida de los problemas que los niños presentan en las escuelas, creemos que es de utilidad, al menos en nuestro medio, seguir la siguiente metodología:

1. Crear cuestionarios o escalas que abarquen los tipos de problemas más importantes que se dan en el medio escolar.

2. Hacerlas de tal manera que no demanden mucho tiempo del docente para contestarlas.
3. Siguiendo la norma anterior, procurar integrarlas en un documento único y no en formatos separados y con muchas preguntas o reactivos.
4. Plantear los reactivos de forma tal que se adapten al lenguaje local de cada país.
5. Someterlas a estudios de confiabilidad y validación en cada país y no utilizar las que se confeccionan en el extranjero tal y como nos llegan.
6. Basar los contenidos no sólo en el consenso de la literatura mundial respecto a la sintomatología de los trastornos que interesa detectar y medir, o copiando más o menos a otros instrumento ya conocidos y validados, sino también en la experiencia de los autores que los desarrollan. Esta experiencia personal, sobre todo si los autores son profesionales con muchos años de trabajo en esta área de la salud, puede hacer diferencias en cuanto a los reactivos a incluir y la forma de plantearlos.

En las escalas que presentamos en este capítulo se trató de cumplir con estas seis normas y en un único instrumento denominado “Escala de Conducta y Desempeño Escolar”, se reúnen seis escalas que pretenden obtener información sobre si un determinado niño o joven presenta síntomas de:

1. Déficit de atención
2. Hiperactividad/impulsividad
3. Trastornos de conducta (disociales)
4. Trastornos oposicionista-desafiante
5. Trastornos emocionales
6. Trastornos del aprendizaje.

Todas estas escalas reunidas en un documento único suman un total de 59 ítems lo que no supone una carga de tiempo importante para el maestro que debe contestarlas.

El trastorno de la atención se caracteriza según la CIE-10 por: dejar actividades sin terminar y cambiar frecuentemente de una actividad a otra e interrupción prematura de la ejecución de tareas.

El DSM-IV da como síntomas que presentan los niños inatención los siguientes: a menudo fallan en atender detalles o descuidos en sus tareas u otras actividades; dificultades frecuentes para poner atención en trabajos o actividades de juego; a menudo parecen no escuchar cuando se les habla directamente; a; menudo no siguen instrucciones o fallan en terminar tareas o deberes en el lugar de trabajo; frecuentemente tiene dificultad para organizar sus tareas o actividades; suelen rehusar o evitar comprometerse en tareas que requieren esfuerzo mental sostenido; acostumbran a perder cosas necesarias para hacer sus tareas o actividades; se distraen fácilmente con cualquier estímulo o estímulos extraños y olvidan frecuentemente sus tareas o deberes.

La hiperactividad y la impulsividad se caracterizan según la CIE-10 por Inquietud excesiva: saltar, correr, no poder estar sentado cuando se debe, verborrea, gesticulaciones o contorsiones.

Para la DSM-IV los síntomas de los niños hiperactivos e impulsivos son: a menudo está moviendo las manos, los pies o está inquieto en su asiento frecuentemente abandona su sitio en el aula o en otras situaciones en las que debe permanecer sentado; suelen correr o saltar excesivamente en situaciones en las que no es apropiado; muestran dificultad para jugar o participar en actividades de ocio de manera tranquila; a menudo están en actividad o como “movidos por un motor”; se muestran muy habladores; acostumbran a responder antes de que se les acabe de formular una pregunta; tienen dificultad para esperar su turno y a menudo interrumpen o se entrometen en las conversaciones o actividades de otros.

Los trastornos de la conducta o disociales se describen en estas clasificaciones con las características siguientes:

CIE-10: grados excesivos de peleas e intimidaciones; crueldad hacia otras personas o animales; destrucción grave de pertenencias ajenas; incendio; robo;

mentiras reiteradas; faltas a la escuela y fugas del hogar; rabietas frecuentes y graves; desobediencia y desafíos graves y persistentes y provocaciones.

La llamada conducta oposicionista-desafiante en esta clasificación es un subgrupo de los trastornos disociales cuya sintomatología general hemos descrito arriba.

DSM-IV: amenazas e intimidaciones; iniciar frecuentemente peleas físicas.; uso de armas que pueden causar daño físico a otros; crueldad con las personas y animales; robo confrontando a la víctima; forzar a otros a una actividad sexual; provocación deliberada de incendios para causar daños; destrucción deliberada de propiedades ajenas (de forma diferente al incendio); irrupción en casas, edificios o autos ajenos; mentiras frecuentes para obtener beneficios o evitar obligaciones; robo sin confrontar a la víctima; permanecer fuera de la casa sin permiso de los padres en horas nocturnas (comenzando antes de tener 13 años de edad); huir de la casa estando fuera toda una noche y ausentarse sin permiso de la escuela (comenzando antes de tener 13 años de edad).

La conducta desafiante-oposicionista es descrita a su vez por la CIE-10 como conductas persistentes de: negativismo; hostilidad (se sienten a menudo enojados e irritables o molestan deliberadamente a otras personas); desafío en forma de provocación hacia las figuras de autoridad y baja tolerancia a la frustración y pérdida fácil del autocontrol.

Los trastornos emocionales que los niños suelen mostrar más frecuentemente en el medio escolar y que de alguna manera les dificulta una normal adaptación, son los que tienen que ver con la timidez, la inseguridad, el mutismo selectivo y la baja autoestima, aparte de los casos en que se presentan síndromes ya más definidos como la depresión, la ansiedad fóbica, la ansiedad de separación o la ansiedad generalizada. Hacemos referencia en este aspecto a los niños que sufren por su incapacidad de integración a los demás y no presentan por lo general trastornos disociales. Suelen ser alumnos temerosos de comprometerse en actividades nuevas o con otros estudiantes que no conocen bien; que constantemente necesitan aprobación para lo que hacen o

apoyo de parte de los maestros; que se mantienen al margen de las actividades deportivas o sociales de los compañeros y si tienen amigos no suele ser más de uno al cual se apegan por sentirse más cómodo con esa amistad.

En relación a los trastornos del aprendizaje, estos están definidos de la siguiente forma por la CIE-10:

- Trastornos del aprendizaje de la lectura que consiste en un déficit específico y significativo del desarrollo de la capacidad de leer no explicado por el nivel intelectual, problemas de visión o escolarización inadecuada. Se caracteriza por: problemas para la comprensión de la lectura y el reconocimiento de las letras o palabras leídas; omisiones, sustituciones, distorsiones o adiciones de palabras o partes de palabras; lentitud en la lectura; falsos arranques, largas vacilaciones o pérdidas del sitio del texto en que se estaba leyendo; inversiones de palabras en frases o de letras dentro de las palabras; incapacidad para recordar lo leído o para extraer conclusiones o inferencias del material leído.

- Trastorno específico de la ortografía caracterizado por un déficit significativo de dominio de la ortografía en ausencia de antecedentes de un trastorno específico de la lectura y que no se explica por el nivel intelectual, de mala visión o escolarización inadecuada. Esta clasificación no incluye otros trastornos de la escritura como la disgrafía que consiste en la dificultad de reproducir gráficamente los caracteres alfabéticos, las palabras o las frases: se escriben letras en espejo; se omite, sustituye o distorsiona la grafía de las letras o palabras; hay problemas para escribir las palabras de una frase en la secuencia adecuada; no logran comprender ellos mismos lo que escriben y frecuentemente presentan mal agarre del lápiz lo que les trae a su vez cansancio fácil de la mano y el brazo. Es frecuente que se asocie con trastornos de la motricidad y del lenguaje además del trastorno de la lectura.

- Trastorno específico del cálculo que consiste en una alteración de la capacidad de aprendizaje de la aritmética, no explicable por retraso mental o mala escolaridad. En estos casos se da un fracaso en la comprensión de los conceptos básicos de las operaciones matemáticas.

Con base en estos fundamentos teóricos y también en la propia experiencia sobre los problemas de los niños en la escuela, procedimos a elaborar las escalas de conducta y desempeño escolar que venimos utilizando desde hace varios años, haciéndole las modificaciones y depuraciones que fueron necesarias a medida que se iban aplicando,

Este instrumento ha sido de gran ayuda en nuestra labor de diagnóstico y seguimiento de los casos de niños que consultan por presentar algún tipo de trastorno conductual o emocional en la escuela.

Las escalas

Los objetivos de estas escalas son:

- a) Detectar la existencia de trastornos de la conducta, emocionales y del aprendizaje en niños y adolescentes de edad escolar.
- b) Dar seguimiento a la evolución de niños y adolescentes con dificultades escolares en tratamiento.

Están confeccionadas para ser contestadas por maestros y profesores. Son 6 escalas independientes entre sí y se aplica a niños en edad escolar desde el kinder hasta el 6° año de la escuela media o secundaria.

La primera escala es la que se refiere a síntomas de falta de atención o dificultades para mantenerse atento. Son síntomas que se mencionan en las clasificaciones internacionales y en otros instrumentos que pretenden el mismo objetivo, aunque en nuestra escala se planteen de forma algo diferente y no con la misma cantidad de ítems que en otras.

La segunda escala es la de síntomas de hiperactividad e impulsividad que sigue los mismos fundamentos de la primera.

La tercera escala contiene ítems que hace alusión a trastornos de la conducta. Para esta escala elegimos ítems basados en tipos de conductas que por experiencia sabemos que suele presentar los niños con estos trastornos en las escuelas, como las conductas agresivas, de hostilidad y burla, de falta de consideración con sus pares o sus maestros, las mentiras o el apropiarse de cosas ajenas, malas palabras, ausencias

y fugas, falsificación de firmas, impertinencias y poca tolerancia a la crítica o los regaños.

La cuarta escala, llamada de trastorno oposicionista, presenta ítems basados en las características de los niños con este tipo de conductas y que son descritos por la CIE-10 como desobedientes, con baja tolerancia a la frustración, resistencia a la autoridad y desafiantes, irritables y tendientes a culpar a otros.

La quinta escala, es la de trastornos emocionales y reúne síntomas que son habituales en niños inseguros, tímidos, con dificultades para integrarse a los demás, con tendencia a aislarse, y desconfiados.

La sexta escala es la de dificultades en el aprendizaje escolar, que incluye los problemas del aprendizaje de la lectura, de la escritura, de las matemáticas, la comprensión y retención del material enseñado y la poca facilidad para reproducir verbalmente las lecciones.

Estas escalas deben ser contestadas por más de un docente, siendo lo ideal que sea por todos los que trabajan con el estudiante más de dos veces por semana. Las escalas no establecen diagnósticos por sí solas; constituyen un documento de información que ayudan al proceso de diagnóstico.

Normas de aplicación

1. No debe contestar las escalas hasta que no se tenga un conocimiento de las características del alumno, o al menos no antes de un mes de haber iniciado las clases.
2. El docente debe contestar todos los ítems de cada escala con la mayor objetividad posible.
3. El puntaje que se obtiene sumando los puntos de cada ítem y llevando el total (puntaje directo) a la tabla de conversión para establecer el puntaje indirecto o definitivo.
4. No se debe escribir comentarios en los márgenes ni dentro de las casillas. El docente debe limitarse a elegir la calificación del ítem. En todo caso, si se desea hacer anotaciones o comentarios deberán hacerse en hoja aparte.
5. Las escalas contestadas se remiten, si es necesario, al profesional, psicólogo o médico, que tratará al estudiante.
6. Se aconseja contestar las escalas cada bimestre para seguir la evolución del estudiante en relación a su comportamiento y rendimiento.
7. Es un documento confidencial que solamente pueden conocer los docentes, los padres del alumno y los profesionales que lo tratan.

ESCALAS DE CONDUCTA Y DESEMPEÑO ESCOLAR

D. Cardoze

Alumno(a): _____ Grado/año _____ Fecha: __/__/__

Docente: _____ Asignatura: _____

MUY FRECUENTE (MF)	3	ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LA RESPUESTA QUE ELIJA EN CADA ÍTEM. PARA CONTESTAR ESTAS ESCALAS ES NECESARIO CONOCER AL ALUMNO O ALUMNA.
FRECUENTEMENTE	2	
POCAS VECES	1	
CASI NUNCA O NUNCA	0	

Déficit de atención

CN/N PV F MF

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Mantiene la atención durante las clases. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Mantiene la atención cuando trabaja. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Escucha con atención cuando se le habla. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Sigue instrucciones. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Termina los trabajos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Organiza bien sus trabajos y actividades. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Es cuidadoso(a) con sus actividades. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Acepta bien los trabajos y obligaciones. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Sabe dónde deja sus útiles. | 0 | 1 | 2 | 3 |

PD _____ PI _____ Criterio: _____

Hiperactividad/Impulsividad

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Está quieto(a) mientras está en supuesto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Permanece sentado(a) durante las clases. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Es tranquilo(a). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Es callado(a) (No habla sin permiso). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Sabe esperar su turno. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Es tranquilo(a) cuando juega. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Piensa bien antes de responder. | 0 | 1 | 2 | 3 |

PD _____ PI _____ Criterio: _____

Trastornos de conducta

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Fanfarronea, amenaza o intimida a otros. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Busca peleas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Amenaza con objetos peligrosos o armas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Es cruel con personas o animales. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Se apropia de cosas ajenas. | 0 | 1 | 2 | 3 |

	CN/N	PV	F	MF
6. Destruye propiedades ajenas.	0	1	2	3
7. Miente para obtener beneficios.	0	1	2	3
8. Se escapa de la escuela o del aula.	0	1	2	3
9. Se ausenta de la escuela sin justificación.	0	1	2	3
10. Trata de alterar el orden durante la clase.	0	1	2	3
11. Irrespeto a compañeros o profesores.	0	1	2	3
12. Se irrita cuando se le llama la atención.	0	1	2	3
13. Se burla de los demás.	0	1	2	3
14. Utiliza lenguaje obsceno.	0	1	2	3

PD_____PI_____Criterio:_____

Trastorno oposicionista

1. Hace rabietas.	0	1	2	3
2. Discute con los maestros o profesores.	0	1	2	3
3. Acusa a otros de sus malas conductas o errores.	0	1	2	3
4. Es susceptible o se molesta fácilmente.	0	1	2	3
5. Es desafiante, retador(a).	0	1	2	3
6. Es rencoroso(a), vengativo(a).	0	1	2	3

PD_____PI_____Criterio:_____

Trastorno emocional

1. Hace amistades.	0	1	2	3
2. Tiene confianza en sí mismo(a).	0	1	2	3
3. Se adapta bien a situaciones o personas.	0	1	2	3
4. Es independiente en sus actividades.	0	1	2	3
5. Muestra interés y seguridad en actividades nuevas.	0	1	2	3
6. Es optimista.	0	1	2	3
7. Participa en actividades de grupo.	0	1	2	3
8. Mira a la cara cuando se le habla.	0	1	2	3
9. Actúa con decisión y seguridad.	0	1	2	3

PD_____PI_____Criterio:_____

Trastornos de aprendizaje

1. Le cuesta entender las instrucciones.	0	1	2	3
2. Le cuesta retener lo enseñado.	0	1	2	3

	CN/N	PV	F	MF
3. Explica mal las lecciones.	0	1	2	3
4. Escribe en forma poco clara.	0	1	2	3
5. Omite letras al escribir.	0	1	2	3
6. Confunde letras al escribir.	0	1	2	3
7. Se sale del renglón cuando escribe.	0	1	2	3
8. Se cansa cuando escribe.	0	1	2	3
9. Se cohibe cuando debe leer en voz alta.	0	1	2	3
10. Le cuesta comprender lo que lee.	0	1	2	3
11. Confunde letras cuando lee.	0	1	2	3
12. Cancanea cuando lee.	0	1	2	3
13. Rehúsa las actividades de lectura.	0	1	2	3
14. Le cuesta entender las matemáticas.	0	1	2	3

PD_____PI_____Criterio:_____

Déficit de atención Trastorno emocional					Trastorno de conducta Trastorno de aprendizaje								
PD	PI		PD	PI		PD	PI		PD	PI		PD	PI
0	100		18	33		0	0		18	43		36	86
1	96		19	30		1	2		19	45		37	88
2	90		20	26		2	5		20	48		38	90
3	89		21	22		3	7		21	50		39	93
4	85		22	18		4	9		22	52		40	95
5	81		23	15		5	12		23	55		41	98
6	78		24	11		6	14		24	57		42	100
7	74		25	7		7	17		25	59			
8	70		26	4		8	19		26	62			
9	67		27	0		9	21		27	64			
10	63					10	24		28	67			
11	59					11	26		29	69			
12	55					12	29		30	71			
13	52					13	31		31	74			
14	48					14	33		32	76			
15	44					15	36		33	79			
16	41					16	38		34	81			
17	37					17	40		35	83			

Hiperactividad / Impulsividad.**Trastorno oposicionista**

PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI
1	100	8	62	15	28	0	0	7	39	14	78
2	95	9	57	16	24	1	5	8	44	15	82
3	90	10	52	17	19	2	11	9	50	16	89
4	86	11	48	18	14	3	17	10	55	17	94
5	81	12	43	19	9	4	22	11	61	18	100
6	76	13	38	20	5	5	28	12	67		
7	71	14	33	21	0	6	33	13	72		

CRITERIOS DE CORTE (Aproximados)

Categorías	Puntaje indirecto
Sin trastorno o trastornos muy leve	0 a 49
Trastorno leve	50 a 65
Trastorno importante	66 a 79
Trastorno importante	80 a 100

Estudio estadístico

Total de la muestra (para todas las escalas) n = 200
 Sexo Masculino: 80%
 Sexo femenino: 20%
 Grados escolares: Kinder a 7° grados.

ESCALA DÉFICIT DE ATENCIÓN

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media (puntajes)	11.295	1.255	6.415	4.880
Desv. Estándar	6.484	0.720	3.582	3.103
Error estándar	0.460	0.051	0.254	0.220

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.881
Coeficiente Spearman-Brown	0.937
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.932
Coeficiente Alfa - general	0.909
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.839
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.801

Todos los ítems correlacionaron en forma significativamente alta con el total del puntaje de la escala (de 0.556 a 0.862).

Análisis factorial

El análisis factorial dio un solo factor que explica el 64% de la varianza.

Ítem	Carga factorial
1	0.860
2	0.875
3	0.796
4	0.859
5	0.844
6	0.883
7	0.859
8	0.605
9	0.499

ESCALA DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media (puntajes)	8.605	1.229	5.000	3.605
Desv. Estándar	5.432	0.776	3.145	2.506
Error estándar	0.385	0.055	0.223	0.178

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.846
Coeficiente Spearman-Brown	0.917
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.904
Coeficiente Alfa - general	0.912
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.826
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.860

Confiabilidad de ítems

Item	Media	Desv.Est.	R Item- Total	Ind. Conf. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	1.220	1.025	0.807	0.828	0.723	0.900
2	1.330	0.928	0.864	0.802	0.809	0.891
3	1.130	0.950	0.879	0.835	0.828	0.888
4	1.000	0.980	0.856	0.839	0.794	0.892
5	1.305	0.996	0.856	0.852	0.793	0.892
6	1.275	0.927	0.802	0.743	0.726	0.899
7	1.345	0.903	0.590	0.533	0.465	0.925

Todas las correlaciones de los ítems con el total del puntaje de la escala fueron mayores de 0.590(entre 0.590 y 0.879), $p < 0.005$.

Análisis factorial

El análisis factorial dio un solo factor que explica el 66% de la varianza.

Ítem	Carga factorial
1	0.808
2	0.872
3	0.889
4	0.862
5	0.853
6	0.807
7	0.821

ESCALA DE TRASTORNOS DE CONDUCTA

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media (puntajes)	10.555	0.754	5.100	5.455
Desv. Estándar	9.096	0.650	4.534	4.853
Error estándar	0.645	0.046	0.321	0.344

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.878
Coeficiente Spearman-Brown	0.935
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.934
Coeficiente Alfa - general	0.905
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.812
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.821

Confiabilidad de ítems:

Item	Media	Desv. Est.	R Item- Total	Ind. Conf. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	1.035	1.115	0.742	0.828	0.679	0.895
2	0.990	1.044	0.792	0.827	0.743	0.892
3	0.415	0.856	0.618	0.529	0.554	0.900
4	0.385	0.773	0.690	0.533	0.642	0.898
5	0.395	0.727	0.577	0.420	0.520	0.901
6	0.630	0.929	0.734	0.682	0.682	0.895
7	0.885	0.996	0.682	0.679	0.616	0.898
8	0.445	1.023	0.480	0.491	0.386	0.907
9	0.195	0.554	0.339	0.188	0.283	0.908
10	1.410	1.213	0.771	0.936	0.708	0.894
11	0.990	1.100	0.790	0.869	0.737	0.892
12	1.045	1.050	0.650	0.683	0.575	0.899
13	1.185	1.109	0.786	0.872	0.732	0.893
14	0.550	0.899	0.623	0.560	0.557	0.900

Todos los ítems tuvieron una correlación significativamente alta con el total del puntaje de la escala (entre 0.339 y 0.792), $p < 0.005$.

Análisis factorial

Se extrajeron factores en base al “Scree Plot” obteniéndose dos que explican el 56% de la varianza.

Factor I (35.480% de la varianza)

Carga factorial

1. Fanfarronea, amenaza o intimida a otros.	0.744
2. Busca peleas.	0.788
7. Miente para obtener beneficios.	0.609
8. Se escapa de la escuela o del aula.	0.366
10. Trata de alterar el orden durante la clase.	0.775
11. Irrespeto a compañeros o profesores.	0.780
12. Se irrita cuando se le llama la atención.	0.700
13. Se burla de los demás.	0.818
14. Utiliza lenguaje obsceno.	0.604

Factor II (20.520% de la varianza)

Carga factorial

3. Amenaza con objetos peligrosos o armas.	0.669
4. Es cruel con personas o animales.	0.751
5. Se apropia de cosas ajenas.	0.700
6. Destruye propiedades ajenas.	0.628
9. Se ausenta de la escuela sin justificación.	0.745

Correlación entre los dos factores

Factores	1	2
1	1.000	
2	-0.710	1.000

$p < 0.005$

ESCALA DE TRASTORNO OPOSICIONISTA

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media (puntajes)	5.995	0.999	3.385	2.610
Desv. Estándar	5.009	0.835	2.767	2.433
Error estándar	0.355	0.059	0.196	0.172

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.856
Coeficiente Spearman-Brown	0.922
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.918
Coeficiente Alfa - general	0.890
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.802
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.760

Confiabilidad de ítems

Item	Media	Desv.Est.	R Item- Total	Ind. Conf. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	1.085	1.108	0.861	0.954	0.783	0.858
2	0.715	0.961	0.786	0.755	0.693	0.873
3	1.270	1.076	0.750	0.807	0.629	0.884
4	1.275	1.067	0.832	0.888	0.744	0.865
5	1.030	1.086	0.845	0.917	0.761	0.862
6	0.620	0.925	0.744	0.688	0.642	0.881

Todos los ítems correlacionaron muy significativamente con el total de la escala con valores de r por arriba de 0.744, $p < 0.005$.

Análisis factorial

El análisis factorial dio un solo factor que explica el 65% de la varianza.

Ítem	Carga factorial
1	0.865
2	0.791
3	0.737
4	0.832
5	0.845
6	0.748

Factor I (Comprensión/Lectura).

Carga factorial

1. Le cuesta entender las instrucciones.	0.641
2. Le cuesta retener lo enseñado.	0.764
3. Explica mal las lecciones.	0.658
9. Se cohibe cuando debe leer en voz alta.	0.739
10. Le cuesta comprender lo que lee.	0.859
11. Confunde letras cuando lee.	0.713
12. Cancanea cuando lee.	0.717
13. Rehúsa las actividades de lectura.	0.752
14. Aprende mal las Matemáticas.	0.684

Factor II. (Escritura)

Carga factorial

4. Escribe en forma poco clara.	0.766
5. Omite letras al escribir.	0.821
6. Confunde letras al escribir.	0.764
7. Se sale del renglón cuando escribe.	0.564
8. Se cansa cuando escribe.	0.608

Correlaciones entre los factores

Factores	1	2
1	1.000	
2	-0.801	1.000

$p < 0.005$

ESCALA DE TRASTORNO EMOCIONAL

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media (puntajes)	14.428	1.603	7.780	6.647
Desv. Estándar	6.091	0.677	3.504	2.840
Error estándar	0.464	0.052	0.267	0.217

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.842
Coeficiente Spearman-Brown	0.914
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.903
Coeficiente Alfa - general	0.882
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.782
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.767

Confiabilidad de ítems

Ítem	Media	Desv.Est.	R Ítem- Total	Ind. Conf. Ítem	R Excl. Ítem	Alfa Excl. Ítem
1	1.942	0.891	0.614	0.547	0.509	0.878
2	1.855	0.929	0.697	0.648	0.605	0.871
3	1.405	0.899	0.799	0.717	0.734	0.860
4	1.636	0.819	0.701	0.574	0.622	0.870
5	1.468	1.034	0.763	0.789	0.676	0.865
6	1.491	0.989	0.784	0.775	0.707	0.862
7	1.457	0.934	0.745	0.696	0.664	0.866
8	1.665	0.957	0.734	0.703	0.648	0.867
9	1.509	1.024	0.627	0.642	0.508	0.880

Las correlaciones de cada ítem con el total fueron altamente significativas con valores de r entre 0.614 y 0.784, $p < 0.005$.

Análisis factorial

El análisis factorial dio un solo factor que explica el 55% de la varianza.

Ítem	Carga factorial
1	0.572
2	0.794
3	0.681

4	0.779
5	0.807
6	0.760
7	0.743
8	0.627
9	0.846

ESCALA DE TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media de puntajes	19.600	1.400	9.500	10.100
Desv. Estándar	11.360	0.811	6.307	5.468
Error estándar	0.874	0.062	0.485	0.421

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.861
Coeficiente Spearman-Brown	0.925
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.920
Coeficiente Alfa - general	0.900
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.764
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.874

Confiabilidad de ítems

Item	Media	Desv.Est.	R Item- Total	Ind. Conf. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	1.547	0.994	0.718	0.714	0.671	0.891
2	1.459	0.989	0.767	0.758	0.727	0.889
3	1.282	0.922	0.748	0.689	0.709	0.890
4	1.500	1.042	0.693	0.722	0.640	0.891
5	1.388	1.091	0.742	0.810	0.694	0.889
6	1.288	1.076	0.811	0.873	0.775	0.886
7	1.518	2.651	0.554	1.470	0.360	0.933
8	1.541	1.030	0.581	0.598	0.516	0.896
9	1.218	1.082	0.718	0.777	0.667	0.890
10	1.465	1.030	0.773	0.796	0.733	0.888
11	1.359	1.077	0.815	0.878	0.779	0.886
12	1.565	1.028	0.777	0.799	0.737	0.888
13	1.188	1.163	0.668	0.777	0.605	0.892
14	1.282	1.047	0.668	0.700	0.612	0.892

Todas las correlaciones de los ítems con el total resultaron significativas con r que van desde 0.554 hasta 0.815 con una $p < 0.005$.

Análisis factorial

El análisis factorial dio dos factores que explican el 62% de la varianza y que denominamos "Comprensión-Lectura" y "Escritura".

Factor I (Comprensión/Lectura).**Carga factorial**

1. Le cuesta entender las instrucciones.	0.641
2. Le cuesta retener lo enseñado.	0.764
3. Explica mal las lecciones.	0.658
9. Se cohibe cuando debe leer en voz alta.	0.739
10. Le cuesta comprender lo que lee.	0.859
11. Confunde letras cuando lee.	0.713
12. Cancanea cuando lee.	0.717
13. Rehúsa las actividades de lectura.	0.752
14. Aprende mal las Matemáticas.	0.684

Factor II. (Escritura)**Carga factorial**

4. Escribe en forma poco clara.	0.766
5. Omite letras al escribir.	0.821
6. Confunde letras al escribir.	0.764
7. Se sale del renglón cuando escribe.	0.564
8. Se cansa cuando escribe.	0.608

Correlaciones entre los factores

Factores	1	2
1	1.000	
2	-0.801	1.000

p < 0.005

Correlaciones entre las escalas

	AD	HI	TC	TO	TE	TA
AD	-	0.62*	0.41*	0.34*	0.44*	-0.04
HI		-	0.54*	0.47*	0.26*	-0.05
TC			-	0.63*	0.19*	-0.006
TO					0.44*	-0.02
TE					-	0.12
TA						-

***p < 0.005**

Según estos valores, los trastornos del aprendizaje, tal y como están planteados en esta escala, mostraron una débil tendencia a la correlación negativa con los demás trastornos (atención, hiperactividad/impulsividad, conducta, emocional y oposicionista). Pero los puntajes de las escalas de inatención, hiperactividad/impulsividad, trastornos de conducta y oposicionista, tuvieron correlaciones positivas significativas entre ellos. Por su parte, la escala de trastornos emocionales presentó correlaciones positivas significativas con el trastorno oposicionista y con la inatención.

ESCALA DE HÁBITO DE ESTUDIOS

D. Cardoze, Y. Moreno

Los hábitos de estudio y el rendimiento escolar.

La formación académica de un individuo es de crucial importancia para su desarrollo como persona; ella le permite no sólo capacitación para el ejercicio de una profesión u oficio, sino que aporta y fomenta valores para hacerle un ser humano integro y con criterio propio.

Sin embargo, en la consecución de tales propósitos entran en juego diversos tópicos, entre los cuales destacan el maestro y el alumno. Del primero su vocación, preparación, capacidad de transmisión de información, metodología y estabilidad emocional; del segundo, sus capacidades intelectuales, condición emocional, necesidades individuales y especiales, así como sus hábitos de estudio, entre otros.

Estos últimos, los hábitos de estudio, constituyen una herramienta esencial para facilitar y potenciar la asimilación de conocimientos. Los mismos hacen referencia al conjunto de acciones, llámese bien procedimiento o metodología, que el alumno pone en práctica para estudiar un material o realizar una tarea; es decir, la forma en la que se estudia y se realizan las asignaciones escolares. Abarcan desde la planificación del tiempo y lugar de trabajo hasta la autoevaluación de conocimientos, pasando por la toma de apuntes, lectura comprensiva, mnemotecnias, elaboración de mapas conceptuales, etc.

La planificación del tiempo implica el establecimiento de un horario de estudio y trabajo académico; es importante que éste intercale momentos de trabajo y descanso para evitar periodos extensos de estudio que dificultan el mantenimiento de la atención y concentración.

El lugar de trabajo debe ser aquel que justamente propicie atención y concentración, libre de distracciones, con suficiente iluminación y que permita una postura corporal adecuada. Hacer anotaciones de los aspectos más relevantes de una exposición en forma precisa y rápida es la clave en la toma de apuntes.

La lectura comprensiva conlleva una etapa de prelectura en donde se realiza una revisión rápida de títulos y subtítulos de la misma para tener una idea sobre el

tema del que trata y si presenta una buena estructuración. Luego se prosigue con la lectura profunda, es decir detallada, en donde se hace uso de un sistema de subrayado, esquemas, cuadros sinópticos y demás, para su comprensión y elaboración de ideas. También se emplean mnemotecnias, o sea, técnicas formales para la organización de material a fin de aumentar las posibilidades de su recuerdo (Feldman, 1995), para el contenido que amerite ser memorizado.

Todo educando debe contar con un sistema de estudio adecuado como parte de los recursos para su diario desempeño académico. Éste no es una “Alternativa” para los estudiantes con bajo rendimiento o un “Método Opcional” para aquellos que sobresalen académicamente o quienes tienen rendimiento promedio; es una herramienta necesaria en el proceso de aprendizaje que permite asimilar mejor cada tipo de material, propiciando aprendizajes significativos (no memorísticos) y duraderos. Además encierra ventajas anexas tales como: fomento de la organización, disciplina y trabajo sistemático; se evitan pérdidas de tiempo, se establecen favorables momentos de descanso y recreación.

El alumno que por una u otra razón presenta bajo rendimiento, se ve beneficiado cuando usa correctos hábitos de estudio, y aquel que logra destacar, contaría con un instrumento para potenciar sus logros. Para los estudiantes con bajos niveles intelectuales la inclusión de dichos hábitos (con los ajustes precisos) en su programa de apoyo, contribuiría a que aprovechen en mayor grado las capacidades con las que cuenta. Por otro lado, no son pocos los casos de estudiantes que aún contando con altos niveles intelectuales reflejan un bajo rendimiento escolar o no acorde con sus aptitudes, muchas veces como resultado de la carencia de un conveniente sistema de estudio.

El abordaje inadecuado de un tema o tipo de información, ocasiona que se emplee en su estudio más tiempo del necesario y que no se comprenda a plenitud. No obstante, su consecuencia más negativa no es el menor conocimiento que se pueda adquirir, sino la actitud de rechazo y aversión que con frecuencia se desarrolla hacia temas o materias por pensar que son muy difíciles (en palabras de los chicos, “muy duras”), que no son buenos para las mismas y toda una serie de ideas que en

ocasiones menoscaban su autoestima, generando conductas reactivas a tales circunstancias.

Todo lo expuesto con anterioridad, ilustra la importancia que tienen los hábitos de estudio y la utilidad que presentan para todos los estudiantes sin excepción alguna. Este amplio rango de aplicación no desconoce la existencia de diferencias individuales, pues se cuenta con una diversidad de estrategia y técnicas a seleccionar de acuerdo a las características y necesidades de cada individuo.

Para efecto de ilustración, tomemos en consideración los estilos cognoscitivos, de estos generalmente se nos presentan dos categorías: dependiente e independiente de campo y reflexivo-impulsivo. En quienes predomina el estilo dependiente de campo tienden a percibir un patrón como un todo, pero presentan dificultades para analizar un patrón en sus partes componentes y seleccionar detalles. Mientras los de un estilo independiente de campo, perciben las partes en un patrón y puede analizarlas, sin embargo, no son óptimos para la percepción global ni las relaciones sociales (Woolfolk, 1996).

Para los chicos con estilos dependiente de campo resulta muy conveniente a la hora de tratar con material poco estructurado, elaborar cuadros sinópticos y mapas conceptuales; en tanto que, para los de un estilo Independiente, la utilización de resúmenes podría facilitarle la percepción global de un tema; así como la revisión de un mismo tema en distintos libros o lecturas podría ayudarle a hacerse una impresión general.

Por otro lado, el estilo impulsivo, tiende al trabajo rápido, pero con más errores, contrario al Reflexivo que trabaja con más lentitud pero con un menor número de errores (Woolfolk, 1996).

Un horario de estudio con márgenes de tiempo más amplios será favorable para quien tenga un estilo reflexivo; no obstante para el estilo Impulsivo la inclusión de de estrategias para mayor concentración en el trabajo y el habituar a la revisión de la tarea efectuada resultaría óptimo.

Si abordamos las diferencias individuales desde la perspectiva de las inteligencias múltiples, igualmente se puede pueden desarrollar hábitos de estudio que incluyan estrategias o técnicas que hagan uso de del tipo e inteligencia o habilidad

mental predominante en el alumno, facilitando su labor. Veamos: los niños y adolescentes que muestran un predominio de la inteligencia Musical memorizan más fácilmente usando ritmos, rimas y repetición; los de un predominio visual-espacial memorizan mejor lo que pueden ver, si el objeto concreto no está presente, es conveniente que visualicen mentalmente lo que requieren memorizar (Brites y Almoño, 2004). Tanto la rima, ritmo y uso de imágenes (concretas o por asociación) se encuentran incluidas dentro de las mnemotecnias.

Sería muy valioso que al estudiantado se le brinde una orientación respecto a dicho tema (hábitos de estudio), por lo menos en sus aspectos más esenciales. No obstante, como paso previo se requiere hacer una revisión inicial de los métodos que en la actualidad el estudiante está utilizando, teniendo como referencia alguna guía para saber cuales son los aspectos básicos que se deben indagar. De la información obtenida podrían tomarse algunas de las siguientes medidas: orientarle en lo que requiera guía, ejemplo: explicar que no se debe estudiar en un lugar con muchas distracciones, que debe buscar el significado de palabras que no conoce antes de continuar con una lectura, etc.). Hacer jornadas de capacitación en la escuela o bien enviarle al departamento de psicología del colegio; si cuenta con uno, para una evaluación de sus hábitos de estudio y correspondiente seguimiento. De no existir tal departamento, se le debe notificar a los padres la necesidad de dicha evaluación.

Es preciso indicar, que los hábitos de estudio requieren algo más que su conocimiento para aportar los beneficios ya descritos; es menester que el estudiante esté dispuesto a utilizarlos, se requiere motivación. Sin motivación el alumno podrá ser conocedor de los hábitos de estudio más eficientes sin aplicarlos, y por ende, privarse de las ventajas que brindan. Entonces, no resulta difícil deducir que antes de la instrucción en hábitos de estudio debe dedicarse un tiempo a la motivación para su uso. Y ambas, motivación e instrucción, deben brindarse en los términos apropiados para el nivel de desarrollo cognoscitivo del estudiantado.

La escala

Esta escala tiene como objetivo conocer los hábitos de estudio de los estudiantes. Se compone de 14 ítems para ser contestados por los padres o tutores de los estudiantes. Se presenta en un formato en el que los ítems se contestan bajo las opciones CIERTO, NO MUY CIERTO Y FALSO, correspondiendo a estas categorías las calificaciones de 2, 1 y 0 respectivamente. La escala original estaba conformada por algunos ítems más que se eliminaron después de un primer estudio estadístico. Es aplicable a todos los estudiantes de edad escolar (1º a 12º grado).

Los criterios fueron establecidos dividiendo el total de los puntajes indirectos en cuatro segmentos a intervalos iguales tomando en consideración que la muestra estudiada corresponde a padres de estudiantes que asistían a la clínica de Psiquiatría de Niños y Adolescentes y que, por lo general, tienen problemas relacionados con el rendimiento escolar, lo que produce medias de puntajes que pueden ser más bajas que las de una población escolar “normal”.

La elección de estos ítems se hizo en base a lo que la experiencia nos dice que son los problemas más comunes que enfrentan los padres con las responsabilidades académicas de sus hijos, y las actitudes de éstos ante los mismo, así como en las diferencias que solemos ver entre los hábitos de los que son alumnos exitosos y los que no lo son. Originalmente esta escala constaba de 16 ítems pero dos fueron eliminados porque disminuían su consistencia interna. Estos ítems eran: “Estudia solo(a)” y “Estudia más en horas de la noche”.

La escala fue planificada inicialmente para ser autoaplicada por los estudiantes, pero un primer estudio demostró que éstos, en su mayoría, intentaban quedar lo mejor posible dando respuestas que no se corroboraban con la información de sus padres ni con su desempeño escolar. La aplicación a los padres resultó ser más objetiva y con mejor consistencia y confiabilidad.

Normas de aplicación

1. La escala debe ser contestada por algún familiar que conviva y conozca bien a los hábitos del estudiante.
2. La persona responsable de supervisar al familiar debe asegurarse que éste ha contestado en la forma apropiada todos los ítems antes de retirarse.
3. Si quien contesta la escala no ha entendido algún ítem, se le aclarará sin alterar el sentido del mismo.
4. No se debe hacer anotaciones en la escala; de ser necesarias se harán en hoja aparte.
5. La suma de los puntos obtenidos se lleva a la tabla de conversión de puntajes para obtener el puntaje indirecto.
6. La escala es un documento confidencial que solamente debe estar en manos de los padres del estudiante, de sus maestros y de los profesionales que le brindan apoyo en sus estudios.
7. Se recomienda, en casos de mal hábito de estudio, aplicar cada cierto tiempo si el estudiante ha estado recibiendo orientación para mejorarlo.

ESCALA DE HÁBITOS DE ESTUDIOS D. Cardoze

Nombre del estudiante: _____ Sexo: Masc. Fem.

Edad: ____ años; Grado escolar: ____ grado; Parentesco de quien contesta: _____

Fecha: ____/____/____/ Puntaje directo: _____ Hábito: _____

Señor(a) padre, madre o acudiente: lea atentamente lo que se afirma a continuación sobre la forma de estudio de su hijo (a) o acudido (a) Elija la respuesta que crea apropiada colocando señalando con un gancho el número correspondiente.

ÍTEM	CIERTO	NO MUY CIERTO	FALSO
1. Le gusta estudiar.	2	1	0
2. Tiene horario fijo de estudio.	2	1	0
3. Estudia siempre en el mismo lugar de la casa.	2	1	0
4. Sólo estudia cuando hay algún examen	0	1	2
5. Estudia para un examen varios días antes de la fecha del mismo.	2	1	0
6. Trata de ampliar el estudio con otros libros o Internet.	2	1	0
7. Estudia casi todos los días aunque no tenga exámenes pendientes.	2	1	0
8. Pregunta cuando no entiende algo que está estudiando.	2	1	0
9. Su técnica de estudio es memorizar todo el material.	0	1	2
10. Tienen que mandarlo(a) a estudiar hacer tareas.*	0	1	2
11. Practica Matemáticas u otras materias práctica (física, química, etc., aunque no tenga exámenes).	2	1	0
12. Lee libros aunque no se lo exijan los profesores.	2	1	0
13. Tiene ilusión por aprender en la escuela.	2	1	0
14. Organiza bien sus trabajos y útiles.	2	1	0

Conversión de puntajes

PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI
1	4	9	32	17	61	25	89
2	7	10	36	18	64	26	93
3	11	11	39	19	68	27	96
4	14	12	43	20	71	28	100
5	18	13	46	21	75		
6	21	14	50	22	79		
7	25	15	54	23	82		
8	28	16	57	24	86		

Criterios o puntos de corte

Puntajes indirectos			
Muy mal hábito de estudio:	0	a	25
Hábito de estudio deficiente:	28	a	50
Hábito de estudio aceptable:	54	a	75
Buen hábito de estudio:	79	a	100

Estudio estadístico

Muestra clínica

Total de la muestra (de padres)	50
Estudiantes masculino:	21 (42%)
Estudiantes femeninos:	29 (58%)
Promedio de edad:	(rango de 10 a 17 años)

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media (puntajes)	8.419	0.601	4.442	3.977
Desv. Estándar	4.227	0.302	2.138	2.318
Error estándar	0.652	0.047	0.330	0.358

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.800
Coeficiente Spearman-Brown	0.889
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.887
Coeficiente Alfa - general	0.815
Coeficiente Alfa – ítems impares	0.700
Coeficiente Alfa – ítems pares	0.621

Confiabilidad de ítems

Item	Media	Desv.Est.	R Item- Total	Ind. Con. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	0.977	0.263	0.490	0.129	0.440	0.809
2	1.023	0.698	0.517	0.361	0.380	0.811
3	1.512	0.586	0.411	0.241	0.287	0.816
4	0.163	0.479	0.702	0.336	0.637	0.791
5	0.209	0.508	0.663	0.337	0.586	0.794
6	0.349	0.643	0.580	0.373	0.465	0.802
7	0.116	0.442	0.558	0.247	0.480	0.802
8	1.093	0.640	0.389	0.249	0.250	0.820
9	0.721	0.584	0.585	0.341	0.482	0.801
10	0.372	0.572	0.542	0.310	0.436	0.804
11	0.372	0.572	0.706	0.403	0.627	0.789
12	0.279	0.449	0.404	0.181	0.310	0.812
13	0.535	0.543	0.591	0.321	0.497	0.800
14	0.698	0.666	0.598	0.399	0.482	0.801

Las correlaciones de los ítems con el total oscilaron entre 0.389 y 0.706 con una $p < 0.005$.

Diferencia entre grupos conocidos

Se tomó una muestra de escalas contestadas por padres de buenos estudiantes y otra de padres de malos estudiantes (calificaciones escolares por arriba de 4.4 o 88% y de menos de 3.5 o 70% respectivamente) para conocer la diferencia entre las medias de sus puntajes en la escala de hábitos de estudios y se obtuvo el siguiente resultado:

Media (buenos estudiantes)	=	62.794	
Media (malos estudiantes)	=	26.618	
Diferencia entre medias	=	36.16	95.00% CI = 26.716 a 45.63
Diferencia de D.E.	=	27.113	
t	=	7.780	g.l. = 33
p	<	0.0001	

La diferencia entre ambos grupos en la Escala de Hábitos de Estudio fue muy significativa.

Análisis factorial

Se extrajeron tres factores que explican el 60% de la varianza y que denominamos "Interés", "Disciplina" y "Hábito"

Factor I (Interés) (22.536% de la varianza)	Carga factorial
1. Le gusta estudiar.	0.550
4. Sólo estudia cuando hay algún examen.	0.665
5. Estudia para un examen varios días antes de la fecha del mismo.	0.669
7. Estudia casi todos los días aunque no tenga exámenes pendientes.	0.899
8. Pregunta cuando no entiende algo que está	0.422

estudiando.

10. Hay que mandarlo(a) a estudiar o hacer tareas. 0.767

Factor II (Disciplina) (15.997% de la varianza)

11. Practica Matemáticas u otras materias prácticas 0.751

(Física, Química, etc.) aunque no tenga exámenes. 0.681

12. Lee libros aunque no se lo exijan los profesores.

13. Tiene ilusión por aprender en la escuela. 0.879

14. Organiza bien sus trabajos y útiles. 0.880

Factor III (Hábito) (21.660% de la varianza)

2. No tiene horario fijo de estudio. 0.865

3. Estudia siempre en el mismo lugar de la casa. 0.607

6. Trata de ampliar el estudio con otros libros o Internet. 0.744

9. Su técnica de estudio es memorizar todo el material. 0.467

Los tres factores extraídos explican el 60,193% de la varianza de la escala.

Correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3
1	1.000		
2	-0.330	1.000	
3	-0.376	-0.513	1.000

p < 0.05 (Las correlaciones negativas entre los factores apunta hacia la independencia entre ellos..

ESCALAS DE RELACIONES PADRES-HIJOS

D. Cardoze, I. Mateluna

Las relaciones entre padres e hijos

Todas las ciencias que se ocupan del estudio de la conducta humana, destacan la gran importancia que tienen las relaciones familiares en el desarrollo integral de la personalidad. Dentro de estas relaciones familiares, las que establecemos con nuestros padres son probablemente las más significativas.

Una de las características básicas del ser humano es su capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales. Las mismas son imprescindibles para que el niño pueda sobrevivir durante sus primeros años de vida, y, posteriormente, para que pueda aprender y logre desarrollarse normalmente.

Las relaciones humanas adoptan muchas formas, pero las más intensas, y generalmente las que nos producen mayor satisfacción y mayor dolor, son las que mantenemos con nuestros padres, familiares, amigos, y otras personas amadas de nuestro entorno.

Durante los primeros años del desarrollo evolutivo de un individuo, que son a la vez los más vulnerables, las relaciones que establece van a influir de manera muy significativa, moldeando su propia capacidad para formar relaciones futuras adecuadas y estables, y creando en él las habilidades necesarias para convivir con los demás, como lo son la empatía, el afecto, el deseo de compartir, de amar y de ser amado.

Las relaciones entre padres e hijos son únicas. Por lo general, se considera que las familias funcionan apropiadamente cuando padres e hijos se relacionan de manera cálida y positiva, cuando los padres se sienten capaces de manejar la conducta de sus hijos en forma adecuada, ayudándolos a comportarse bien, y cuando los hijos pueden expresar sus ideas y emociones con libertad, y mantener una conducta positiva.

Primeras investigaciones

La preocupación por la relación temprana del niño con su madre fue uno de los temas en que más centraron su atención los investigadores. Los primeros trabajos en este campo fueron realizados por René Spitz (1935), psicoanalista, quien comenzó sus estudios observando el desarrollo de niños abandonados por sus padres, los cuales

eran ubicados en hogares para huérfanos. El investigador constató que en estos orfanatos la mayoría de los bebés morían durante el primer año, y que, los que no fallecían, permaneciendo internos durante períodos de tiempo prolongados, se deterioraban intelectualmente y desarrollaban diversos trastornos emocionales y de conducta.

Otros estudios realizados por Spitz (1945 y 1946) compararon niños cuidados en dos tipos de instituciones (guarderías y hogares de niños abandonados) con niños que vivían en su propio hogar. Al cabo de un año, tanto los niños cuidados en guarderías como los criados en su propio hogar eran normales y saludables, mientras que los atendidos en hogares de niños abandonados estaban por debajo de los promedios de peso y talla correspondientes a su edad, y sus puntajes en distintas áreas del desarrollo habían disminuido de manera notable. Asimismo, estos niños eran muy propensos a contraer enfermedades, las que con frecuencia tenían un desenlace fatal.

Las diferencias más importantes que se observaban entre las dos instituciones eran la cantidad de personas que cuidaban a los niños, y la estabilidad de las mismas. En la guardería, los niños recibían la atención y los cuidados, a tiempo completo, de sus propias madres o de madres sustitutas, mientras que en el hogar de niños abandonados ocho niños compartían una enfermera, la cual era rotada periódicamente, de acuerdo a turnos establecidos.

Estas investigaciones efectuadas por Spitz demostraron un hecho sorprendente: el deterioro presentado por los niños no provenía del hecho de ser separados de sus padres, ni del hecho de tener más de una persona que los atendiera, sino de los cambios continuos de estas personas, situación que impedía la formación y el establecimiento de vínculos emocionales tempranos con individuos particulares.

Vínculo de apego

Tanto los estudios mencionados como otros similares llevaron a definir el vínculo específico y especial que se forma entre la madre y el niño o el cuidador primario y el niño. Este vínculo, conocido como “apego”, tiene varios elementos claves:

1. Es una relación emocional perdurable con una persona específica
2. Esta relación produce en el niño sentimientos de seguridad, agrado y placer

3. La pérdida o la amenaza de pérdida de la persona con la que se establece el vínculo evoca una intensa ansiedad
4. La relación de apego se manifiesta desde el nacimiento en forma interactiva, pero se inicia desde el comienzo del embarazo

Los investigadores de la conducta infantil definen como apego la relación madre-infante, afirmando que es esta relación la que proporciona el sustrato funcional para todas las relaciones sociales subsecuentes que el niño establecerá en su vida.

Una relación sólida y saludable con la madre (o con el cuidador primario), se asocia con una alta probabilidad de establecer relaciones adecuadas con los demás, mientras que un pobre apego parece estar asociado con la presencia de problemas sociales, emocionales y conductuales a lo largo de la vida.

John Bowlby fue el primero en elaborar una teoría del apego para explicar y describir, desde una perspectiva evolutiva, cómo y porqué los niños que se apegan emocionalmente a sus primeros cuidadores, y se sienten angustiados cuando se separan de ellos, mantienen estos patrones de conducta social en etapas posteriores de su desarrollo. Según este autor, el comportamiento de apego es organizado y controlado por el sistema nervioso central, el que está al servicio de las funciones evolutivas de protección y supervivencia: “cuando un niño (y presumiblemente un adulto) está alarmado, ansioso, cansado o enfermo, la activación del sistema nervioso central lleva al individuo a buscar protección, comodidad, y apoyo en una persona que le brinde cuidados”.

El sistema de apego está integrado por tendencias conductuales y emocionales que tienen como propósito el mantener al niño cerca de sus cuidadores, protegiéndolo de los peligros y dándole la oportunidad de sobrevivir, de llegar a la edad reproductiva y de traspasar estas tendencias a las futuras generaciones.

Estilos de apego

Las formas de apego se desarrollan tempranamente, y poseen una alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida. Tomando en consideración las distintas formas en que los individuos responden en relación a su figura de apego

cuando están ansiosos, Ainsworth, Blewar, Waters y Wall definieron los tres patrones más importantes de apego y las condiciones familiares que los promueven:

- Los niños con **estilos de apego seguro** son capaces de utilizar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. A su vez, sus cuidadores son sensibles a sus necesidades, y responden a las mismas, por eso los niños tienen confianza en que sus figuras de apego estarán disponibles y los apoyarán en situaciones adversas. En el dominio interpersonal, las personas con apego seguro tienden a ser más cálidas, amistosas, estables, y a mantener relaciones íntimas satisfactorias. En el dominio intra personal son positivas, integradas, y poseen unas percepciones coherentes de si mismas.
- Los niños con **estilos de apego evasivo** exhiben un aparente desinterés y desapego ante la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia. Estos niños tienen escasa confianza en que serán ayudados, y, por el contrario, anticipan que sus necesidades serán postergadas, porque las experiencias pasadas así se lo dicen. Poseen inseguridad en sus relaciones con los demás, miedo a la intimidad, y prefieren mantenerse distanciados de los otros.
- Los niños con **estilos de apego ansioso-ambivalente** responden a la separación con angustia intensa, y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia de la disponibilidad emocional de sus cuidadores, estos niños no tienen confianza en los demás, temen ser abandonados, y se preocupan por no ser queridos.

Relación madre-hijo

Los científicos consideran que los factores más importantes en la creación del apego son los contactos físicos positivos que se establecen en la relación con el infante (mecerlo, abrazarlo, besarlo, etc.), ya que éstas actividades producen respuestas neuroquímicas específicas en el cerebro, las cuales llevan a la organización normal de los sistemas cerebrales responsables del apego.

Durante los primeros 3 años de vida el cerebro desarrolla aproximadamente un 90% de su tamaño adulto, y coloca en su lugar la mayor parte de los sistemas y estructuras que serán responsables del funcionamiento emocional, conductual, social y fisiológico para el resto de la vida. Es por esto que las experiencias de vinculación que ocurren en los primeros años son las responsables de desarrollar capacidades de apego saludables.

La relación más importante en la vida de un niño es el apego a su madre (o cuidador primario), ya que esta primera relación va a determinar el molde biológico y emocional que tendrán sus relaciones futuras. Un apego saludable a la madre, construido sobre la base de experiencias de vínculo positivas y repetitivas durante la infancia proporciona el sustrato adecuado para futuras relaciones estables. El hecho de cargar al bebé, mecerlo, cantarle, alimentarlo, besarlo y exhibir otras conductas asociadas al cuidado de los niños pequeños son experiencias positivas de vinculación. Algunos factores significativos de estas experiencias de vinculación son tanto la calidad como la cantidad de los cuidados maternos, y los investigadores han destacado el efecto que tienen ambas variables sobre el desarrollo de la personalidad de los niños.

Relación padre-hijo

En la actualidad está tomando mayor relevancia la relación o el vínculo de apego del niño con el padre, figura esta que, al igual que la de la madre, es de vital importancia para su normal desarrollo evolutivo integral. Tradicionalmente el padre cumplía dos roles importantes dentro de la familia: el de proveedor económico y el de encargado de imponer disciplina. La mujer, por su parte, era la responsable de realizar todas las tareas domésticas, dentro de las cuales el cuidado de los hijos era una más. En muchos grupos sociales los hombres se desentendían de sus hijos, particularmente durante los primeros años de vida de estos. Al cumplir los hijos la edad en la que podían empezar a trabajar, continuaban perpetuando los roles y los valores en los que habían sido educados: la mujer cría a los hijos y efectúa todas las tareas dentro del hogar. El hombre, por su parte, trabaja y mantiene a la familia.

Gradualmente estos papeles han ido cambiando en la familia. Por un lado, la mujer se ha ido incorporando cada vez con más fuerza en el mercado laboral, y por

otra el hombre no solo ha comenzado a involucrarse en las tareas domésticas sino que ha comenzado a tomar conciencia de su papel como padre.

Los días en que se ignoraba o se minimizaba la contribución del padre al desarrollo de sus hijos han quedado atrás, y cada vez vemos, a través de nuestras experiencias cotidianas o de los medios de comunicación a más padres cambiando los pañales de sus hijos, bañándolos, apoyándolos en sus tareas escolares y adoptando diversos roles que los acercan a ellos. Ya no son pocos los hombres que participan en las reuniones de padres en las escuelas, conversan con las maestras acerca del desempeño escolar de sus hijos, llevan a sus niños a citas y controles médicos, hacen las compras en los supermercados, y cocinan en sus casas para sus familias.

Paralelamente a esta participación creciente del padre en las distintas tareas propias de la vida familiar, y en las actividades del niño en particular, los estudiosos de la conducta humana emprenden más investigaciones acerca de su rol en la vida del niño.

Los hallazgos de estas investigaciones refuerzan la gran importancia que tiene una paternidad responsable y afectiva. A pesar de la creencia generalizada de que son las mujeres las que están más predispuestas biológicamente para cuidar a los bebés, las investigaciones revelan que los padres pueden ser igual de sensibles y afectuosos. Las diferencias biológicas y sociales que existen entre el hombre y la mujer, hacen que el rol de cada padre sea único en la familia, y que la contribución de cada uno sea especial. Desde el nacimiento y durante el primer año de vida se establecen lazos estrechos entre los bebés y los padres, quienes ejercerán una gran influencia en su desarrollo social, emocional y cognoscitivo.

Un estudio realizado con niños preescolares destacó los beneficios que produce el que el padre se involucre en los juegos y en el cuidado de los niños, en especial cuando su actitud es positiva (de apoyo y afecto). El comportamiento del padre tuvo especial importancia en el desarrollo de la habilidad para resolver problemas, y su interacción con el niño ayudó a que este iniciara vínculos más seguros con su medio ambiente. El padre también contribuye de manera importante en la adquisición de la independencia de los niños, y en su desarrollo cognoscitivo. Mientras más atención preste un padre a su hijo, más alerta, curioso y alegre se mostrará el mismo.

Los niños que crecen sin padre se retrasan en la adquisición de algunas de las funciones cognitivas en comparación con los que se crían con los dos padres, aun cuando en ambos casos la madre actúe de igual manera. Este hallazgo refuerza las evidencias de que el padre es muy importante en el desarrollo cognoscitivo del niño, y que el crecer en un hogar con un solo padre acarrea desventajas en este y otros aspectos del desarrollo.

Lamentablemente, en Panamá son miles los niños y las niñas que crecen sin la figura del padre, ya que la ilegitimidad, la orfandad, el abandono y, particularmente, el divorcio (o la separación de los padres), parecen ser una constante. Los niños que se desarrollan sin la presencia del padre difícilmente tienen la oportunidad de contar con otro modelo masculino que lo sustituya.

Separación de los padres

La separación de los padres constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo emocional de los niños. Durante este proceso, ellos deben adaptarse a una serie de cambios en su medio, tales como la alteración de las rutinas familiares, el desequilibrio emocional de los padres y, finalmente, la pérdida total o parcial de un progenitor.

Existe consenso en cuanto a considerar que las disfunciones y los conflictos que ocurren antes, durante y después de la separación constituyen un factor de riesgo para el desarrollo psicológico de los hijos, sin embargo, distintos estudios muestran controversia con respecto a la magnitud del impacto que tiene en los mismos la separación parental. Es probable que el nivel de estrés que experimenten dependa de las características personales de cada niño y, muy especialmente, de cómo los padres y otros adultos significativos manejen la situación.

Los padres que afrontan la separación se preguntan a menudo si su decisión ocasionará un grave perjuicio a los hijos, y que pueden hacer para facilitar la adaptación a su nueva situación. Incluso se preguntan como van a dar continuidad a sus roles de padre y madre, y a mantener la relación con sus hijos, cada uno por su lado.

Es necesario hablar con los hijos de la separación desde el primer momento. Hace falta informarles de cada paso importante que se va a realizar, para facilitarles el que puedan aceptar la realidad. Los niños deben tener la posibilidad de expresar sus sentimientos, de ser escuchados y de ser tomados en cuenta. Es necesario darles explicaciones verdaderas, adaptadas a su edad y a su nivel de comprensión. Nunca utilizarlos como confidentes, como refugio afectivo, y mucho menos como instrumento para vengarse del otro o perjudicarlo.

Fundamentalmente, es necesario respetar en todo momento la intimidad y el tiempo de cada progenitor con los hijos, para que pueda mantenerse de manera continua esta significativa relación.

Comunicación entre padres e hijos

Es importante que los padres se comuniquen de manera abierta y efectiva con sus hijos, ya que este tipo de comunicación beneficia no solo a los niños sino también a todos los restantes miembros de la familia. Las relaciones entre padres e hijos mejoran mucho cuando existe una comunicación directa y efectiva. Por lo general, se puede afirmar que, si la comunicación entre padres e hijos es apropiada, sus relaciones lo serán también.

Por otra parte, los niños aprenden a comunicarse observando a sus padres. Si los padres se comunican abierta y efectivamente es posible que los hijos lo hagan también, y esta habilidad los beneficiará toda su vida.

Cabe señalar que los niños empiezan a formarse ideas y opiniones sobre sí mismos basadas en la comunicación de los padres acerca de ellos y con ellos. Si los padres los escuchan, los valoran y les demuestran respeto, aumenta su autoestima. La habilidad de hablar abiertamente acerca de los problemas es uno de los aspectos más difíciles de la comunicación entre padres e hijos. No obstante, si los padres han trabajado juntos en estas tareas a través del desarrollo infantil previo a los años de la adolescencia, la transición de la niñez a la edad adulta puede ser menos estresante.

Cuando los niños llegan a la adolescencia la relación padre-hijo se tiene que definir en otros términos, por la presión que ejerce el adolescente en su búsqueda de independencia. En ese período las relaciones padre-hijo requieren de un mayor

diálogo, que posibilite el intercambio honesto de los respectivos puntos de vista. En general, podemos afirmar que la adolescencia puede ser un período difícil, particularmente en aquellos hogares en los que ha habido inestabilidad y falta de comunicación. En otros, sin embargo, esta etapa ofrece una nueva oportunidad de enriquecimiento de las relaciones entre padres e hijos. El idealismo y la rebeldía del adolescente ante los valores adultos pueden ayudar a los padres a ser más flexibles, a percibirse a través de sus propios hijos, y a evaluar las a menudo complejas opciones tomadas a lo largo de su crianza.

Cuando los padres se comunican bien con sus hijos, es más probable que estos estén más dispuestos a hacer lo que se les pide. Si los niños saben lo que sus padres esperan de el, se sienten más seguros de su rol dentro de la familia y esto hace que sean más cooperativos. Por el contrario, si la comunicación entre padres e hijos es inefectiva, irrespetuosa o negativa, los hijos piensan que no son importantes, que no se les escucha ni se les acepta, y adoptan conductas de resentimiento y desafío.

Muchos padres no están conscientes de cuan a menudo utilizan formas negativas para comunicarse con sus hijos, al no aprobar sus esfuerzos ni validar sus sentimientos, al criticarlos, amenazarlos, e incluso golpearlos. Las mayores dificultades de relación entre padres e hijos surgen cuando los padres no saben comunicarse con ellos de manera eficaz, y cuando emplean el castigo físico como única forma de controlar sus conductas.

Manejo de la disciplina

Los métodos que los padres emplean para establecer disciplina están muy relacionados con el modo en que fueron educados al respecto, con sus creencias, nivel educativo y socioeconómico, y también con la personalidad del niño.

Lograr un equilibrio entre permisividad y autoritarismo es una tarea compleja. Al fijar las normas de disciplina los padres deben acordar pautas de conducta flexibles, y cambiar los términos de las mismas para adaptarlas a la realidad de cada niño en particular. No basta con recalcar a los hijos la importancia de cumplirlas, de ser responsables, honestos y veraces. Los padres deben demostrar que ellos, a su vez, actúan según estos valores.

Desafortunadamente, hay muchos hogares en los cuales predomina el autoritarismo, y muchos padres que no saben poner límites al comportamiento de sus hijos sin recurrir al castigo físico. Es importante mencionar que el castigo físico suele darse cuando el padre está enojado. Para el niño, implica una experiencia de aprendizaje negativa, la cual enseña y propone el empleo de los golpes y de la agresión física como modelos. El castigo físico puede hacer que el niño tema al padre, lo evite, y, a la larga, tenga un efecto negativo sobre su autoestima. Además, si el castigo físico se va de las manos, puede llevar al abuso infantil o constituir abuso infantil. No olvidemos que más del 90% de los abusos contra los niños ocurre en sus propios hogares.

Los estudios indican que el abuso es una experiencia traumática para el menor, la cual puede ser aún más traumática si el padre que no abusa evade el tema, y si se ha presentado más de un tipo de abuso. La intensidad y la frecuencia del maltrato son también otros parámetros que se toman en cuenta al evaluar la severidad del daño sufrido por el niño.

El descuido y el abuso en la niñez pueden provocar graves trastornos, los cuales se reflejan en las distintas áreas del desarrollo físico, emocional y cognoscitivo de los niños. Los niños que sufren abusos con frecuencia presentan retardo en el lenguaje. Es corriente que repitan grados escolares, que obtengan las peores notas de su grupo en los exámenes, y que tengan problemas de disciplina en la escuela. Tienden a ser agresivos, y a no cooperar ni compartir con otros niños. Es muy probable que se conviertan en delincuentes cuando llegan a la edad adulta.

Vemos que, cuando se rompen los vínculos entre los niños y sus padres, o se deterioran sus relaciones, las consecuencias suelen ser muy serias. Este hecho nos permite tomar mayor conciencia del impacto que tiene la familia en la vida del niño, y de la urgente necesidad de apoyar y promover la misma, reforzando su capacidad para hacer frente de manera satisfactoria a las diferentes fases de su ciclo vital, particularmente las relacionadas con la crianza de los hijos.

Las dos escalas que presentamos a continuación, **Relaciones Madre-Hijo(a)** y **Relaciones Padre-Hijo(a)**, han sido diseñados para evaluar, desde la perspectiva del niño o de la niña, las relaciones que mantiene con sus padres, el afecto y apoyo que

recibe de estas dos figuras, el manejo de la disciplina, y los patrones de comunicación que existen en su hogar. Ambos nos proporcionan una información completa y detallada acerca de los aspectos mencionados, los cuales son de fundamental importancia en la evaluación diagnóstica del menor y en su tratamiento. Son sencillos, tanto en su administración como en su corrección, y sus resultados nos permitirán elaborar nuevos modelos de intervención familiar dirigidos a mejorar la calidad de las relaciones entre padres e hijos.

La escala de relaciones madre-hijo(a) y padre-hijo(a)

Los objetivos de las escalas son:

- a) Cuantificar la relación entre los menores y sus madres y sus padres (o las figuras que hacen el rol materno o paterno) desde el punto de vista de los primeros..
- b) Dar seguimiento a la evolución de niños y adolescentes en tratamiento por malas relaciones con sus madres y sus padres.

Las escalas contienen 19 ítems y son auto aplicables, con graduación de 0 a 2. Se utiliza con niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 9 y los 17 años. Las opciones de respuestas son. SIEMPRE, A VECES, NUNCA, y a cada una de ellas corresponde la calificación de 2, 1, 0 respectivamente. En la elaboración de las escalas se tuvo en consideración aspectos que en la práctica clínica diaria se presentan como los más relevantes en cuanto a los menores y sus padres. Así, en la escala aparecen reactivos que aluden a aspectos tales como:

- A. La comunicación.
- B. La comprensión.
- C. Las actitudes afectivas.
- D. La aceptación o rechazo.
- E. La identificación con los padres.
- F. Los conflictos y los castigos.
- G. Tiempo compartido.

Los jóvenes frecuentemente presentan quejas de que sus padres no los comprenden, de que los castigan a menudo, de que suelen dedicarse más a otro de los hermanos u otra persona de la familia, de que no se comunican con ellos como no sea para regañar o castigar, o de que siempre los amenazan con castigarlos físicamente o

lo llegan a hacer de manera injusta. Al llegar a la adolescencia, y muchas veces ya desde la pubertad, los menores empiezan a distanciarse de sus padres y a buscar otras figuras con las cuales identificarse, aunque aquellos que han tenido una buena experiencia de crianza y de comunicación con sus padres suelen mantener una cierta identificación y empatía con ellos. Y son estas experiencias las que nos han llevado a elaborar una escala cuyos ítems se refieran a estas situaciones que se dan entre padres e hijos. De esta manera podemos distribuir los 19 ítems de acuerdo a estos aspectos de las relaciones padres-hijos como aparecen en la siguiente tabla. Como se puede apreciar, cada ítem puede reflejar más de un aspecto.

**Aspectos de la relación madre-hijo(a) y padre-hijo(a)
relacionados con los ítems de la escala.**

ÍTEM	ASPECTO DE LA RELACIÓN
1. Me llevo bien con ella.	A, B, C y D
2. Me cae bien.	C y D
3. Converso con ella.	A y G
4. Ella me comprende.	B
5. Me critica.	A, D y F
6. Me regaña fuertemente.	A, B y F
7. Confía en mí.	A, B y D
8. Me escucha cuando opino..	A, C y D
9. Respeta mis opiniones	B y D
10. Me insulta.	A, C, D y F
11. Quisiera ser como ella.	E
12. Me dedica tiempo.	G
13. Me ayuda con mis tareas.	C y G
14. Salimos solos(as).	G
15. Siento que la quiero.	C y E
16. Siento que me rechaza.	C y D
17. Pienso que me está educando bien.	A, B, C y D
18. Discutimos por tonterías.	A y F
19. Quiere más a otro(s) miembros de la familia que a mí.	C y D

ESCALA DE RELACIONES MADRE-HIJO(A)
(ERMH)
D. Cardoze

Lee lo que sigue a continuación y antes de contestar, piensa bien cómo han sido las relaciones entre tú y tu madre, madrastra, o la persona que ha sido como tu madre en tu vida. Coloca un gancho o una cruz dentro del círculo de las respuestas que elijas.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Fecha: ____/____/____ Aplicador: _____

Lugar de aplicación: _____

Puntaje directo: _____ Puntaje indirecto _____ Criterio: _____

ÍTEMS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Me llevo bien con ella.	2	1	0
2. Me cae bien.	2	1	0
3. Converso con ella.	2	1	0
4. Ella me comprende.	2	1	0
5. Me crítica.	0	1	2
6. Me regaña fuertemente.	0	1	2
7. Confía en mí.	2	1	0
8. Me escucha cuando opino.	2	1	0
9. Respeta mis opiniones.	2	1	0
10. Me insulta.	0	1	2
11. Quisiera ser como ella.	2	1	0
12. Me dedica tiempo.	2	1	0
13. Me ayuda con mis tareas.	2	1	0
14. Salimos solos(as).	2	1	0
15. Siento que la quiero.	2	1	0
16. Siento que me rechaza.	0	1	2
17. Me está educando bien.	2	1	0
18. Discutimos por tonterías.	0	1	2
19. Quiere más a otros(as) miembros de la familia que a mí.	0	1	2

Conversión a puntajes indirectos

PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI
1	3	10	26	19	50	28	74	37	97
2	5	11	29	20	53	29	76	38	100
3	8	12	32	21	55	30	79		
4	10	13	34	22	58	31	82		
5	13	14	37	23	60	32	84		
6	16	15	39	24	63	33	87		
7	18	16	42	25	66	34	89		
8	21	17	44	26	68	35	92		
9	24	18	47	27	71	36	95		

_____ Criterios o puntos de corte*

	Puntajes indirectos		
Relación excelente:	87	a	100
Buena relación:	58	a	84
Relación no satisfactoria	29	a	55
Mala relación:	0	a	28

*Los criterios se establecieron en base a la media y las desviaciones de la muestra escolar en forma aproximada.

Estudio estadístico de la escala de relaciones madre-hijo(a)

A. Muestra de estudiantes

Total de estudiantes:	169
Sexo masculino:	59 (35%)
Sexo femenino:	110 (65%)

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media de puntajes	29.630	1.559	15.770	13.861
Desv. Estándar	5.258	0.277	3.058	2.532
Error estándar	0.411	0.022	0.239	0.198

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.768
Coeficiente Spearman-Brown	0.869
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.860
Coeficiente Alfa - general	0.845
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.736
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.713

Confiabilidad de ítems

Ítem	Media	Desv. Est.	R Ítem- Total	Ind. Conf. Ítem	R Excl. Ítem	Alfa Excl. Ítem
1	1.782	0.413	0.487	0.201	0.424	0.839
2	1.885	0.319	0.462	0.147	0.412	0.840
3	1.509	0.535	0.496	0.265	0.413	0.839
4	1.491	0.557	0.610	0.340	0.537	0.833
5	1.467	0.628	0.596	0.374	0.510	0.834
6	1.273	0.543	0.398	0.216	0.306	0.844
7	1.539	0.618	0.634	0.392	0.555	0.832
8	1.594	0.549	0.653	0.359	0.587	0.831
9	1.612	0.546	0.672	0.367	0.609	0.830
10	1.800	0.415	0.480	0.199	0.416	0.839
11	1.382	0.709	0.465	0.330	0.350	0.844
12	1.594	0.549	0.550	0.302	0.471	0.836
13	1.109	0.705	0.503	0.355	0.392	0.842
14	1.133	0.578	0.461	0.266	0.368	0.841
15	1.915	0.319	0.382	0.122	0.328	0.843
16	1.806	0.410	0.576	0.236	0.520	0.836
17	1.885	0.338	0.382	0.129	0.325	0.843
18	1.285	0.601	0.471	0.283	0.374	0.841
19	1.570	0.644	0.581	0.374	0.491	0.835

Todas las correlaciones de los ítems con el total fueron significativamente positivas oscilando entre 0.382 y 0.672 con una $p < 0.005$.

Test-retest

La segunda aplicación de la escala a los estudiantes después de un período de 6 semanas dio una correlación entre el test y el retest de **0.72** (r de Pearson) con una $p < 0.01$

B. Muestra clínica

Total de pacientes:	93
Sexo masculino:	39 (42%)
Sexo femenino:	54 (58%)

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media de puntajes	25.506	1.342	13.483	12.023
Desv. Estándar	6.059	0.319	3.523	2.928
Error estándar	0.653	0.034	0.380	0.316

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.762
Coeficiente Spearman-Brown	0.865
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.857
Coeficiente Alfa - general	0.818
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.701
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.643

Confiabilidad de ítems

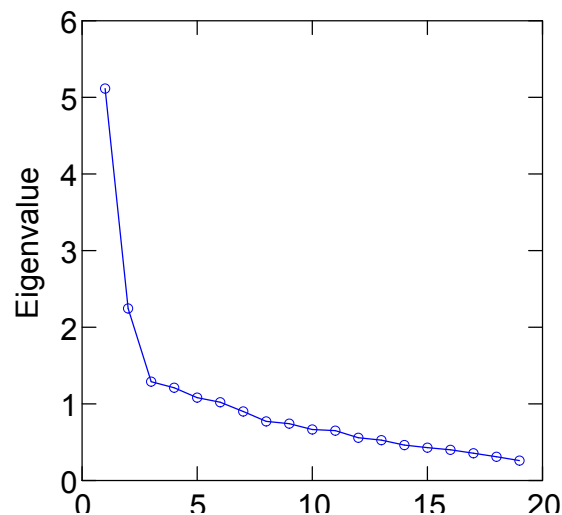
Ítem	Media	Desv. Est.	R Ítem- Total	Ind. Conf. Ítem	R Excl. Ítem	Alfa Excl.. Ítem
1	1.299	0.713	0.630	0.449	0.551	0.801
2	1.736	0.513	0.442	0.227	0.370	0.812
3	1.310	0.700	0.630	0.441	0.552	0.801
4	1.149	0.720	0.681	0.490	0.609	0.797
5	1.299	0.713	0.630	0.449	0.551	0.801
6	0.977	0.643	0.472	0.304	0.384	0.811
7	1.253	0.746	0.485	0.362	0.383	0.811
8	1.414	0.635	0.507	0.322	0.423	0.809
9	1.264	0.750	0.522	0.392	0.423	0.809
10	1.483	0.709	0.454	0.322	0.354	0.813
11	1.000	0.695	0.333	0.231	0.226	0.820
12	1.391	0.684	0.518	0.354	0.428	0.808
13	1.103	0.695	0.419	0.291	0.317	0.815
14	1.115	0.576	0.405	0.233	0.321	0.814
15	1.805	0.476	0.369	0.176	0.299	0.815
16	1.678	0.514	0.407	0.209	0.332	0.813
17	1.632	0.549	0.522	0.287	0.452	0.808
18	1.080	0.715	0.352	0.251	0.242	0.819
19	1.517	0.676	0.397	0.268	0.297	0.815

El análisis de confiabilidad de los ítems revela que todos correlacionan con el total de la escala con valores de r por encima de 0.30, $p < 0.005$ (entre 0.405 y 0.681).

Análisis de factores de ambas muestras juntas

La extracción de factores se hizo teniendo como guía el "Scree Plot" y obteniéndose como mejor solución la de tres factores que explican el 45.5% de la varianza los cuales hemos denominado "Comprensión", "Aceptación y "Comunicación".

Gráfica de factores



Número de factores

Factor I (Comprensión) (19.779% de la varianza)

	Carga factorial
1. Me llevo bien con ella.	0.643
2. Me cae bien.	0.602
3. Converso con ella.	0.648
4. Ella me comprende.	0.761
5. Me critica.	0.591
6. Me regaña fuertemente.	0.476
8. Me escucha cuando opino.	0.696
9. Respeta mis opiniones.	0.791

Factor II (Aceptación) (14.241% de la varianza)

	Carga factorial
12. Me dedica tiempo	0.725
13. Me ayuda con mis tareas	0.576
14. Salimos solos	0.554
15. Siento que la quiero	0.574
16. Siento que me rechaza	0.529
19. Quiere más a otros miembros de la familia que a mí.	0.397

Factor III (Comunicación) (11.510% de la varianza)

	Carga factorial
7. Confía en mí.	0.425
10. Me insulta.	0.510
11. Quisiera parecerme a ella.	0.449
17. Pienso que me está educando bien.	0.523
18. Discutimos por tonterías	0.686

Correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3
1	1.000	-0.584	-0.184
2		1.000	-0.004
3			1.000

p< 0.05 (Las correlaciones negativas entre los factores apunta hacia la independencia entre ellos).

Diferencia entre ambas muestras Media de los puntajes

Puntaje directo = 29.630 (escolares) Puntaje indirecto = 77.97 (64.13 - 91.80)

Puntaje directo = 26.506 (pacientes) Puntaje indirecto = 69.75 (53.81 - 85.69)

Sujetos con puntajes de 58 o más en la escala (con relación madre-hijo buena a excelente):

	58+	-58
Escolares	146	23
Pacientes	57	36

Chi cuadrado = 21,6610
p < 0.0001

Entre la población de pacientes se dio una proporción de puntajes que reflejan relación insatisfactoria a mala o muy mala estadísticamente mayor que en la población de las escuelas. Es de esperar que los jóvenes que acuden a las clínicas o que son hospitalizados con problemas como trastornos de la conducta, emocionales o de las relaciones intrafamiliares tengan mayores conflictos con sus figuras parentales.

En la muestra clínica se obtuvo la media de los puntajes de pacientes que tenían antecedentes de mala relación con la madre y la de los aquellos que no tenía ese antecedente siendo la diferencia entre las ellas muy significativa. La media de los puntajes de los primeros fue de 45 (relación no satisfactoria) y la de los segundos de 77 (buena relación).

Una muestra de sujetos que declararon llevarse con la madre siempre bien (grupo A) fueron comparados con los que afirmaron llevarse bien con ella a veces o nunca (grupo B) fueron comparados obteniéndose el siguiente resultado:

Media del grupo A	= 80.282	
Media del grupo B	= 61.746	
Diferencia entre las medias	= 18.535	95.00% CI = 23.447 a 13.623
Diferencia de desv. Estándar	= 20.754	
t =	7.525.	gl = 70
	p < 0.0001	

La Escala de Relaciones madre-hijo muestra sensibilidad y especificidad adecuadas a juzgar los resultados que hemos presentado. Discrimina bien entre población escolar y clínica, así como entre quienes se llevan mal con la madre y quienes se llevan bien

ESCALA DE RELACIONES PADRE-HIJO(A)
(ERPH)
D. Cardoze

Lee lo que sigue a continuación y antes de contestar, piensa bien cómo han sido las relaciones entre tú y tu padre, padrastro, o la persona que ha sido como tu padre en tu vida. Coloca un gancho o una cruz dentro del círculo de las respuestas que elijas.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Fecha: ____/____/____ Aplicador: _____

Lugar de aplicación: _____

Puntaje directo: _____ Puntaje indirecto _____ Criterio: _____

ÍTEMS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Me llevo bien con él.	2	1	0
2. Me cae bien.	2	1	0
3. Converso con él.	2	1	0
4. Él me comprende.	2	1	0
5. Me crítica.	0	1	2
6. Me regaña fuertemente.	0	1	2
7. Confía en mí.	2	1	0
8. Me escucha cuando opino.	2	1	0
9. Respeta mis opiniones.	2	1	0
10. Me insulta.	0	1	2
11. Quisiera ser como él.	2	1	0
12. Me dedica tiempo.	2	1	0
13. Me ayuda con mis tareas.	2	1	0
14. Salimos solos.	2	1	0
15. Siento que lo quiero.	2	1	0
16. Siento que me rechaza.	0	1	2
17. Me está educando bien.	2	1	0
18. Discutimos por tonterías.	0	1	2
19. Quiere más a otros(as) miembros de la familia que a mí.	0	1	2

Conversión a puntajes indirectos

PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI
1	3	10	26	19	50	28	74	37	97
2	5	11	29	20	53	29	76	38	100
3	8	12	32	21	55	30	79		
4	10	13	34	22	58	31	82		
5	13	14	37	23	60	32	84		
6	16	15	39	24	63	33	87		
7	18	16	42	25	66	34	89		
8	21	17	44	26	68	35	92		
9	24	18	47	27	71	36	95		

Criterios o puntos de corte*

	Puntajes indirectos		
Relación excelente:	87	a	100
Buena relación:	58	a	84
Relación no satisfactoria	29	a	55
Mala relación:	0	a	28

*Los criterios se establecieron en base a la media y las desviaciones de la muestra escolar en forma aproximada.

Estudio estadístico de la Escala de Relaciones Padre-Hijo(a)

A. Muestra de estudiantes

Total de estudiantes:	169
Sexo masculino:	59 (35%)
Sexo femenino:	110 (65%)

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media de puntajes	26.933	1.418	14.167	12.767
Desv. Estándar	7.747	0.408	4.448	3.587
Error estándar	0.821	0.043	0.471	0.380

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.858
Coeficiente Spearman-Brown	0.923
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.912
Coeficiente Alfa - general	0.920
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.872
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.823

Confiabilidad de ítems

Item	Media	Desv. Est.	R Item- Total	Ind. Conf. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	1.589	0.535	0.749	0.401	0.716	0.913
2	1.644	0.544	0.733	0.399	0.698	0.914
3	1.200	0.686	0.707	0.485	0.658	0.914
4	1.333	0.683	0.781	0.534	0.743	0.912
5	1.611	0.627	0.541	0.339	0.480	0.918
6	1.422	0.649	0.522	0.339	0.457	0.919
7	1.411	0.665	0.711	0.473	0.664	0.914
8	1.456	0.669	0.732	0.490	0.688	0.915
10	1.778	0.466	0.464	0.216	0.414	0.919
11	1.089	0.769	0.720	0.554	0.667	0.914
12	1.233	0.684	0.680	0.411	0.467	0.919
14	0.722	0.578	0.515	0.297	0.457	0.919
15	1.700	0.547	0.672	0.367	0.631	0.915
16	1.722	0.558	0.656	0.366	0.612	0.915
17	1.689	0.570	0.644	0.367	0.598	0.916
18	1.456	0.702	0.457	0.321	0.381	0.921
19	1.444	0.701	0.736	0.516	0.690	0.913

El análisis de confiabilidad de los ítems revela que todos correlacionan con el total de la escala con valores de r por encima de 0.46 (entre 0.457 y 0.781), $p < 0.005$ y todos colaboran de manera muy parecida al coeficiente alfa.

Test-retest

La segunda aplicación de la escala 6 semanas después de la primera dio con correlación con ésta de **0.81** (r de Pearson) para una $p < 0.005$

B. Muestra de clínica

Total de pacientes:	93
Sexo masculino:	39 (42%)
Sexo femenino:	54 (58%)

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media de puntajes	24.713	1.301	12.920	11.793
Desv. Estándar	8.117	0.427	4.778	3.611
Error estándar	0.875	0.046	0.515	0.389

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.870
Coeficiente Spearman-Brown	0.930
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.911
Coeficiente Alfa – general	.913
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.863
Coeficiente Alfa - ítems pares	.795

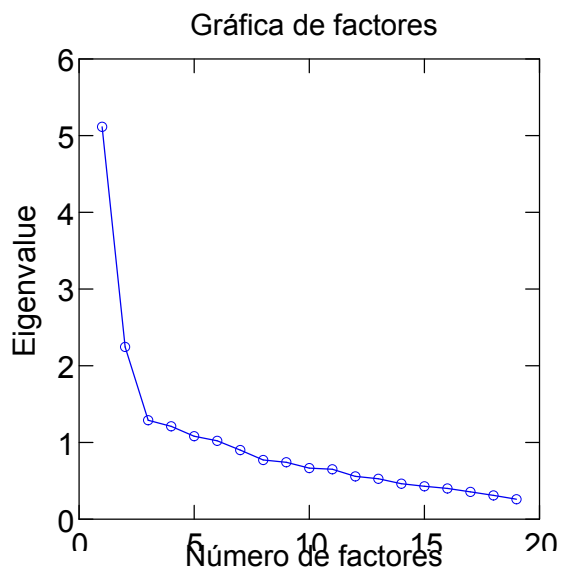
Confiabilidad de ítems

Ítem	Media	Desv. Est.	R Ítem- Total	Ind. Conf. Ítem	R Excl. Ítem	Alfa Excl. Ítem
1	1.494	0.623	0.710	0.442	0.669	0.906
2	1.609	0.574	0.580	0.333	0.530	0.909
3	1.161	0.741	0.740	0.548	0.694	0.905
4	1.149	0.720	0.820	0.590	0.788	0.902
5	1.402	0.750	0.521	0.391	0.449	0.912
6	1.299	0.627	0.378	0.237	0.309	0.914
7	1.333	0.722	0.766	0.553	0.725	0.904
8	1.356	0.727	0.748	0.544	0.704	0.905
9	1.333	0.722	0.778	0.561	0.738	0.904
10	1.690	0.463	0.304	0.141	0.251	0.914
11	0.885	0.808	0.685	0.554	0.627	0.907
12	0.966	0.734	0.664	0.487	0.608	0.907
13	0.759	0.727	0.561	0.408	0.495	0.910
14	0.713	0.659	0.547	0.361	0.487	0.910
15	1.632	0.589	0.600	0.354	0.551	0.909
16	1.655	0.564	0.704	0.397	0.667	0.906
17	1.483	0.693	0.657	0.455	0.604	0.907
18	1.356	0.742	0.492	0.365	0.418	0.912
19	1.437	0.738	0.537	0.396	0.467	0.911

Los análisis de confiabilidad de los ítems demuestran que todos tienen una correlación con el total de la escala mayor de 0.30 (entre 0.304 y 0.820), $p < 0.005$

Análisis factorial de ambas muestras juntas

La extracción de factores se hizo teniendo como guía el “Scree Plot” obteniéndose tres factores que explican el 58% de la varianza y que hemos denominado “Aceptación-Identificación”, “Comunicación” y Comprensión”.



Factor I (Aceptación-Identificación) (19.824% de la varianza) Carga factorial

11. Quisiera parecerme a él.	0.625
12. Me dedica tiempo.	0.796
13. Me ayuda con mis tareas.	0.743
14. Salimos solos.	0.684
17. Pienso que me está educando bien.	0.604
19. Quiere más a otros miembros de la familia que a mí.	0.536

Factor II (Comunicación) (17.387% de la varianza) Carga factorial

5. Me critica.	0.611
6. Me regaña fuertemente.	0.736
10. Me insulta.	0.749
16. Siento que me rechaza.	0.516
18. Discutimos por tonterías.	0.662

Factor III (Comprensión) (21.054 % de la varianza) Carga factorial

1. Me llevo bien con él.	0.765
2. Me cae bien.	0.838
3. Converso con él.	0.537
4. Él me comprende.	0.476
7. Confía en mí.	0.541
8. Me escucha cuando opino.	0.680
9. Respeta mis opiniones.	0.606
15. Siento que lo quiero.	0.642

Correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3
1	1.000		
2	-0.727	1.000	
3	-0.091	-0.410	1.000

p< 0.05

Las correlaciones negativas entre los factores apunta hacia la independencia entre ellos. Estos tres factores no son iguales a los obtenidos con la escala de relaciones madre-hijo pero tienen cierta similitud siendo así las concordancias:

Concordancia entre factores de la ERMH y la ERPH

Factor del RHM	Factor del RPH	Concordancia
II	I	67%
I	III	75%
III	II	40%

Los nombres con los que se han denominado los factores se basaron en las variables que predominan en cada uno de ellos.

Diferencias entre ambas muestras (escolar y clínica)

Media de los puntajes: 26.933 (escolares) Puntaje indirecto = 70.87 (50.49 - 91.25)
 24.713 (pacientes) Puntaje indirecto = 65.03 (43.67 - 86.39)

Muestra	59+	-59
Escolares	124	45
Pacientes	56	34

Sujetos con puntajes de 59 o más en la escala (con relación padre-hijo buena a excelente):

Chi cuadrado = 4,830
p < 0.02

Entre la población de pacientes se dio una proporción de puntajes que reflejan relación insatisfactoria a mala o muy mala estadísticamente algo mayor que en la población de las escuelas. No obstante la diferencia fue más significativa en la escala de relaciones madre-hijo que quizá se deba a que en la población no clínica hubo más sujetos con puntajes por debajo de 59 en la escala de relaciones padre-hijo que en la de madre-hijo.

Se comparó una muestra de sujetos que declararon llevarse bien siempre con el padre (grupo A) y con otra de los que afirmaron llevarse bien pocas veces o nunca (grupo B) y los resultados fueron los siguientes:

Media del grupo A	=	77.161	
Media del grupo B	=	51.964	
Diferencia de medias	=	25.196	95.00% CI = 19.747 a 30.646
Diferencia de desv. Estándar	=	20.349	
	t =	9.266	gl = 55 p < 0.0001

La Escala de Relaciones padre-hijo muestra sensibilidad y especificidad adecuadas a juzgar los resultados que hemos presentado. Primero, discrimina bien entre población escolar y clínica, así como entre quienes se llevan mal con el padre y quienes se llevan bien.

ESCALA DE AUTOESTIMA

D. Cardoze, I. Caballero

La autoestima en los jóvenes y su medición

La autoestima es el concepto que el individuo tiene de sí mismo y la capacidad de aceptarse con sus virtudes y defectos. Muchos autores han escrito sobre la autoestima y cómo se forma. En 1890, William James conceptualizaba a la autoestima como la relación entre los éxitos y sus pretensiones, identificó tres aspectos del ser: el “mi”; el yo, que sería el que ejerce la función evaluadora; y el yo global que relaciona ambas partes. Branden la define “como una necesidad humana profunda y poderosa, esencial para una sana adaptación, para el funcionamiento óptimo y para la autorrealización”. Proponen que la autoestima es un componente importante del auto concepto, que relaciona los aspectos cognoscitivo, emocional y social de la personalidad.

El auto concepto se refiere a lo que la persona cree de sí misma y siente sobre sí misma, posee tres factores: el cognitivo que corresponde a la autoimagen, el afectivo a la autoestima y el conativo a la auto eficacia. Según, Kalish es la imagen que cada sujeto tiene de su persona. Otros le dan a la autoestima un carácter evaluativo, pues sirve para evaluar nuestros actos, capacidades y atributos en comparación con valores y criterios personales que se van interiorizado a través de personas significativas y de la sociedad. Los seres humanos, desde el nacimiento, tenemos necesidades físicas y afectivas y según Jean Piaget la afectividad junto con la cognición se desarrollan de forma paralela, por lo que desde muy temprana edad, el pequeño va aprendiendo que él es él y es diferente a otros que le rodean, por lo tanto sus pensamientos y sus emociones son propios. El cómo ese niño interaccione e interprete el medio en que vive, cómo los adultos lo hagan sentir y la capacidad que él tenga para adaptarse o no, a las diversas circunstancias, se verán reflejadas en su autoestima. El cómo sea percibida es lo que le va a permitir o no convivir en sociedad, de una forma libre, sin prejuicios y/o estigmatizaciones.

En la etapa preescolar, mientras interioriza quién es, que es distinto a otros con características y comportamientos propios, su percepción va a estar determinada por lo que manifiesten los adultos; el valor que le da a sus habilidades tenderá a exagerarse y establecerá creencias poco realistas de las mismas. Su postura es dicotómica, por ejemplo, o se es bueno o se es malo; más adelante, comprenderá que se cometen errores. En la adolescencia ocurren cambios físicos, que de forma directa producen cambios a nivel psicológico, pues en este periodo la belleza y la conformación del cuerpo juegan un papel relevante, los jóvenes se juzgarán en gran medida por estas características. Estos están en la búsqueda de su identidad, su independencia económica, afectiva e intelectual y una de sus principales tareas es la de aceptarse con sus posibilidades y limitaciones.

Los niños y adolescentes con buena autoestima se van a caracterizar por ser seguros de sí mismos, son asertivos, expresan sus ideas y respetan las de los demás, confían en amigos y familiares, se relacionan de forma adecuada con sus pares, son alegres, optimistas; en su entorno escolar, son responsables, saben compartir, se esmeran por hacer lo mejor, su actitud es prosocial, poseen adecuada tolerancia a la frustración. Esto les permite atreverse a competir, a intentar habilidades nuevas, a generar ideas, son participativos y pro activos, cuestionan, preguntan, no se conforman con respuestas sin un criterio adecuado. Esto es necesario para evitar que el niño sea dependiente y crezca en una atmósfera de temor, supeditado a las necesidades exclusivas de los adultos y de las normas impuestas por la sociedad muchas veces sin sentido; una autoestima adecuada es lo que ha permitido al hombre crear, defender sus derechos, romper la barrera de las creencias ciegas e injustas relacionadas la desigualdad económica, de credo y de razas; es lo que le abre la puerta al conocimiento y a la investigación.

De forma diferente, los niños con baja autoestima se caracterizan por ser inseguros, desconfiados, inmaduros, poco tolerantes ante situaciones frustrantes, no tienen amigos o estos son muy pocos, pueden comportarse en forma agresiva u opositora, actitud que produce el rechazo de sus compañeros, así como de los adultos, incluyendo sus padres, maestros y cuidadores; también son niños que guardan mucho resentimiento y les cuesta adaptarse a los cambios, demandan exceso de atención, no son asertivos. Aunque pueden mostrarse de otra forma, así encontramos aquellos niños quienes tratan de agradar, temen expresar sus ideas por temor a ser humillados o desvalorizados, son tímidos y temerosos, pueden ser fácilmente

manipulados, son niños inmaduros, dependientes, no llevan a cabo sus propios deseos, se sienten inferiores; se les observa triste, aislados y adolecen de esperanza, se sienten físicamente poco atractivos. Según Abraham Maslow, esto se debe a que al niño no se le han reconocido sus necesidades afectivas y esta ausencia de amor impide que se expanda la personalidad de forma sana. La baja autoestima conlleva a mucho sufrimiento al que la padece, el niño o el adolescente siente que no merece lo que otros le quieren ofrecer; son incapaces de aceptar sus cualidades, son ciegos ante sus méritos, minimizan sus aportes y tienden a realizar interpretaciones incorrectas, exagerando comentarios, son rígidos, inflexibles y auto-críticos de manera negativa. En el ámbito social, familiar y escolar sufren mucho, puesto que desconocen cómo interaccionar de forma adecuada.

Es importante señalar que los niños pueden haber sido sobre valorados, y así, haber interiorizado un concepto de sí mismo no real, esto los hace sentir superiores a los demás, creen que merecen todo, no saben reconocer sus errores, desvalorizan a los demás, se consideran perfectos, con el tiempo no podrán admitir que perdieron, llegan a ser seres prepotentes, arrogantes y demandantes, muy difíciles de complacer, no desarrollan la empatía y sólo van a actuar de acuerdo con sus necesidades; muchas veces actuarán como si tuviesen una máscara para no mostrar sus sentimientos de temor, tristeza, impotencia, vergüenza o culpa, por miedo a la crítica y/o al rechazo; debido a estas características y sus rasgos narcisistas también tienen dificultades en poseer amistades y los pares más bien los rechazan.

Reconocemos la existencia de varias escalas diseñadas con el fin de evaluar la autoestima, dentro de las cuales podemos hacer mención de La escala de autoestima de Rosenberg, El inventario de autoestima de Stanley Coopersmith, La escala de Piers-Harris, La escala de auto concepto de Martinek Zaichkowsky. EL Instrumento sobre la opinión que tienes de ti, Instrumento sobre lo que opinan tus profesores de ti, Instrumento sobre lo que opinan tus padres de ti, los tres últimos realizados por Brookover, El cuestionario de forma de Musitu, García y Gutiérrez y el Inventario de autoestima libre de cultura.

La escala de Rosenberg consta de 10 oraciones, las cuales buscan evaluar la autoestima, cuán satisfecho se siente la persona, o por el contrario, si presenta

síntomas de minusvalía e insatisfacción. El instructivo cuantifica del 1 al 4 las respuestas, en donde el uno corresponde a totalmente de acuerdo y el cuatro, a total desacuerdo; además cinco frases están enunciadas en forma positiva y cinco frases, en forma negativa. Este es un instrumento ampliamente utilizado por su adecuada consistencia interna que oscila entre un rango de 0.76 a 0.87. Se basa específicamente en la percepción que tiene el individuo sobre sí mismo, desde un punto de vista puramente psicológico, pero no evalúa cómo el individuo se percibe en sociedad, su interacción a nivel escolar, social y familiar; tampoco mide el valor que le da a su aspecto físico ni a su salud, olvidando que el hombre es un ser biopsicosocial; por otro lado desde nuestra perspectiva no considera el desarrollo evolutivo pues la percepción de uno mismo cambia en la medida que crecemos y vamos otorgando valores a otros aspectos. Por ejemplo, recordemos que los adolescentes conceptualizan la belleza física como un atributo el cual tiene una connotación sobre valorada, quizás por los cambios fisiológicos propios de la edad y/o por la influencia de los medios de comunicación, la opinión de sus padres pasa a ser cuestionada y criticada, teniendo más valor la de sus pares y sus ídolos musicales; por otro lado, el mundo de los preadolescentes está más limitado, ellos evalúan más sus cualidades por su desempeño y está muy supeditado a la opinión de los adultos cercanos, padres, maestros, hermanos; les cuesta reconocer que se puede ser bueno para una determinada situación y menos capaz para otras.

El inventario de autoestima de Stanley Coopersmith realizado en 1959 es un instrumento que consta de 50 ítems, contiene oraciones cortas y sus respuestas son cerradas negativo o positivo; contiene cuatro “sub-test” que evalúan la relación con los pares, padres, colegio y la percepción de sí mismo, además incluye uno en donde se detecta la presencia de mentira. Este último muestra la falta de consistencia de las respuestas, por lo que el inventario se invalida. El “sub-test” de los pares o social busca determinar la aceptación social; si su resultado es elevado el sujeto posee mayores dotes y habilidades en relación con sus amigos y compañeros, así como con extraños; si por el contrario los resultados están bajos no poseen esta característica. El sub-test de los padres evalúa la relación en el hogar, si existe respeto, independencia y una concepción moral propia. El del colegio determina la capacidad del estudiante para

realizar sus deberes y desempeñarse de forma adecuada en sus tareas académicas. El último parámetro indica cómo el individuo se percibe a sí mismo, sus atributos personales y sus aspiraciones; si los resultados son altos indica que la persona posee mucha confianza en su persona. Esta escala posee una alta consistencia 0.88 en test-retest. Los resultados se agrupan en tres niveles, los más bajos indican disminución de la autoestima y los resultados más altos indican aumento de la misma.

Otra escala es la de Piers-Harris contiene 80 preguntas con respuestas dicotómicas de sí o no, mide la imagen corporal, comportamiento, el estatus intelectual, la presencia de ansiedad, grado de satisfacción y aceptación social; en cada sub-escala se busca obtener información sobre la percepción del niño en las distintas dimensiones. Oraciones como “Me porto bien en clases” y “Me meto en líos a menudo” evalúan la conducta. “Soy torpe para la mayoría de las cosas” evalúa la impresión intelectual del niño acerca de sí mismo. La percepción de su imagen se observa al responder sí o no a su a frases como “Tengo los ojos bonitos” y “Soy guapo/a”. “Me pongo nervioso cuando el profesor me pregunta” o “Soy nervioso” son frases que evalúan la presencia de ansiedad. Otras oraciones fueron formuladas para determinar el grado de satisfacción “Me gusta como soy” o su desempeño social “Mis compañeros de escuela se burlan de mí”. El inconveniente con los inventarios, que únicamente dan alternativas dicotómicas, es que el encuestado se ve en situaciones del todo o nada, a pesar de que en la práctica la vida no es así, por lo que se necesita mayor amplitud de respuestas.

La escala de auto concepto de Martinek Zaichkowsky es un instrumento diseñado para medir el auto concepto global en niños; consta de 25 láminas cada una de las cuales contiene dos cuadros y donde el niño debe seleccionar cuál representa un buen o mal auto concepto en relación con su cuerpo, sus destrezas, habilidades intelectuales, interacción con sus compañeros y con sus familiares.

La escala de autoestima de la conducta académica, los encargados de las evaluaciones del niño es el maestro, se utiliza en niños de Jardín de infancia al noveno grado y consta de 12 afirmaciones, el maestro responde a los ítems según cinco alternativas.

Los instrumentos de evaluación confeccionados por Brookover, recogen la percepción que cree el niño tienen sus padres y maestros de él y la que tiene él de él mismo en relación con su desempeño académico. Este cuestionario formula preguntas como ¿qué tipo de notas cree el profesor que tú eres capaz de obtener?, ¿crees que tus padres piensan que tienes la capacidad suficiente para terminar tus estudios?, ¿cómo te comparas en cuanto al éxito en relación con el resto de tus compañeros de la clase?; los resultados permiten una variedad de respuestas desde lo más destacado hasta lo que no cumple para nada las expectativas. Es un cuestionario bastante amplio, pero quizás poco práctico al momento de su clasificación, aunque ha sido utilizado ampliamente.

El cuestionario de auto concepto de forma A de G Musitu, García y Gutiérrez evalúa cuatro factores el emocional, familiar, académico y social, consta de 36 frases, sus respuestas oscilan del 1 al 3, donde 1 es siempre, 2 es a veces y 3 es nunca.

El cuestionario de autoestima libre de cultura es otro inventario que posee afirmaciones cortas, con respuestas cerradas de sí o no, el que posee cuatro subescalas general, social, académica y parental, además posee una de sinceridad, hay pocos estudios sobre la validez del mismo.

No es el propósito de nosotros, en estas páginas, establecer factores de riesgo que puedan afectar a la autoestima ni determinar las consecuencias de un exceso o disminución de la misma; lo que buscamos es poder caracterizarla, para que podamos, desde nuestros trabajos, ya seamos médicos pediatras, psiquiatra de niños y adolescentes, padres y maestros detectar aquellos niños y adolescentes que poseen poca autoestima y ayudarlos a desarrollarla de una forma saludable, tratando de que el futuro de quienes nos presiden sea altamente satisfactorio, y por qué no, que supere al de sus antecesores, desde una perspectiva más humana, espiritual y científica, pues si no nuestra labor carece de sentido.

Desde nuestra formación como especialistas de niños y adolescentes reconocemos la necesidad de realizar una escala que se adapte mejor al grupo de edad que atendemos, y, de esta forma, poder ajustarnos a parámetros más realistas. Buscamos conocer mejor a nuestros chicos, ser más comprensivos con los mismos; detectar niños con factores de riesgo, que el día de mañana, de no ser captados a

tiempo, podrían desarrollar trastornos psiquiátricos graves como son los trastornos del humor, de personalidad, de conducta, de las emociones y hasta el suicidio; una escala permite canalizar, a tiempo, a chicos de riesgos a los sistemas de salud pertinentes; no olvidando que una atención oportuna puede cambiarles el pronóstico.

Esperamos que la escala que ahora proponemos, y que ha sido desarrollada en nuestro medio, también ayude a crear conciencia de la importancia que tiene el desarrollo de una buena autoestima desde la niñez y la adolescencia.

La escala auto evaluativa de autoestima

Con esta escala se quiere:

- a) Cuantificar el nivel de autoestima en niños y adolescentes.
- b) Dar seguimiento a la evolución de niños y adolescentes en tratamiento por baja autoestima.

La escala está formada por 14 ítems; es auto aplicable y se presenta con las opciones de SIEMPRE, CASI SIEMPRE, ALGUNAS VECES, POCAS VECES Y NUNCA las cuales se califican con 4, 3, 2, 1 y 0 respectivamente. Se utiliza con niños y jóvenes de 9 a 17 años.

La autoestima o la valoración positiva o negativa que una persona tiene de sí misma dependerán de las experiencias que se tengan a nivel social, familiar y académico. En base a estas vivencias se va desarrollando el auto concepto que estará fundamentado en los éxitos o fracasos objetivos o subjetivos en los diferentes planos de la vida personal. En los jóvenes, la apariencia física, las relaciones con los demás de su generación, el desempeño escolar, intelectual y deportivo, tienen importancia para la autoestima. Las experiencias familiares también juegan un papel de interés en este sentido, especialmente el estilo de crianza y el trato que este genera entre padres e hijos. Los niños que se sienten valorados por sus padres de una manera natural y espontánea suelen tener un mejor auto concepto y por lo tanto una autoestima que tiende a ser normal. Aquéllos que han sido muy criticados, castigados o rechazados pueden desarrollar baja autoestima, mientras que los que han sido sobre valorados la pueden tener excesivamente alta y no acorde con su realidad.

Los ítems de esta escala se basan en los diferentes aspectos en los que puede fundamentarse la autoestima en los niños y jóvenes antes citados como veremos en la siguiente tabla.

ÍTEM	ASPECTO A QUE HACE REFERENCIA
1. Soy buen alumno(a).	Satisfacción o no con el desempeño académico e intelectual.
2. Soy buen hijo(a).	Experiencia familiar en la relación con los padres.
3. Lo que hago me sale bien.	Sensación de éxito o fracaso en la vida.
4. Hago felices a mis padres.	Experiencia familiar en la relación con los padres.
5. Soy físicamente atractivo(a).	Satisfacción o no con la imagen corporal.
6. Soy una persona útil.	Sensación de éxito o fracaso en la vida.
7. Hago amigos.	Satisfacción o no con el desempeño social.
8. Soy inteligente.	Satisfacción o no con el desempeño intelectual.
9. Tengo buenas ideas.	Valoración de la capacidad intelectual y creativa.
10. La gente habla bien de mí.	Valoración positiva o negativa de la imagen social.
11. Soy buen compañero(a).	Valoración positiva o negativa de las actitudes altruistas y del desempeño social.
12. Hago cosas buenas por los demás.	Valoración positiva o negativa de las actitudes altruistas y el desempeño social.
13. Le caigo bien a los maestros.	Sensación de aceptación o rechazo por parte de las figuras de autoridad importantes para el menor.
14. Tengo la razón.	Valoración positiva o negativa de las propias convicciones y las actitudes ante los problemas

Originalmente la escala contenía 6 ítems más que se eliminaron debido a que reducían de manera importante la consistencia interna.

**ESCALA AUTOEVALUATIVA DE AUTOESTIMA
(EAA)**
D. Cardoze

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F M
Fecha: ____/____/____ Aplicador: _____
Lugar de aplicación: _____
Puntaje directo: _____ Puntaje indirecto _____ Criterio: _____

Lee lo que sigue a continuación y trata de responder con honestidad dependiendo de cómo te sientes. Coloca un gancho o una cruz dentro del círculo de la respuesta que elijas.

ÍTEMS	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
	4	3	2	1	0
1. Soy buen alumno(a).					
2. Soy buen hijo(a).					
3. Lo que hago me sale bien.					
4. Hago felices a mis padres.					
5. Soy físicamente atractivo(a).					
6. Soy una persona útil.					
7. Hago amigos(as).					
8. Soy inteligente,					
9. Tengo buenas ideas.					
10. La gente habla bien de mi.					
11. Soy buen(a) compañero(a).					
12. Hago cosas buenas por los demás.					
13. Le caigo bien a maestros(as).					
14. Tengo la razón.					

Conversión a puntajes indirectos

PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI
1	2	15	27	29	52	43	77
2	3	16	29	30	54	44	79
3	5	17	30	31	55	45	80
4	7	18	32	32	57	46	82
5	9	19	34	33	59	47	84
6	11	20	36	34	61	48	86
7	13	21	37	35	62	49	87
8	14	22	39	36	64	50	89
9	16	23	41	37	66	51	91
10	18	24	43	38	68	52	93
11	20	25	45	39	70	53	95
12	21	26	46	40	71	54	96
13	23	27	48	41	73	55	98
14	25	28	50	42	75	56	100

Criterios o puntos de corte*

	Puntajes indirectos		
Muy alta autoestima(no siempre bueno)	87	a	100
Autoestima alta	73	a	86
Autoestima normal	59	a	72
Baja autoestima	45	a	58
Muy baja autoestima	0	a	44

*Los criterios se establecieron en base a la media y las desviaciones de la muestra escolar en forma aproximada.

Estudio estadístico

A. Muestra escolar

Total de estudiantes: 169
 Sexo masculino: 59 (35%)
 Sexo femenino: 110 (65%)

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media de puntajes	45.500	3.033	23.611	21.889
Desv. Estándar	7.512	0.501	4.675	3.548
Error estándar	0.796	0.053	0.496	0.376

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades 0.663
 Coeficiente Spearman-Brown 0.797
 Coeficiente Guttman (Rulon) 0.779
 Coeficiente Alfa - general 0.838

Coeficiente Alfa - ítems impares	0.774
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.681

Confiabilidad de los ítems

Item	Media	Desv. Est.	R Item- Total	Ind. Conf. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	2.600	0.952	0.657	0.626	0.575	0.821
2	3.211	0.876	0.508	0.444	0.413	0.831
3	2.822	0.769	0.703	0.540	0.645	0.819
4	2.978	0.977	0.578	0.565	0.481	0.827
5	2.789	1.005	0.371	0.373	0.248	0.842
6	3.400	0.867	0.584	0.506	0.500	0.826
7	3.400	0.904	0.478	0.432	0.377	0.833
8	2.889	1.027	0.647	0.664	0.556	0.822
9	3.011	0.888	0.652	0.579	0.576	0.821
10	2.878	0.867	0.596	0.517	0.498	0.826
12	3.144	0.901	0.626	0.564	0.544	0.823
13	2.933	1.133	0.589	0.667	0.476	0.828
14	2.589	0.744	0.433	0.322	0.347	0.834

El análisis de la confiabilidad de ítems demostró que todos correlacionan muy bien con el total variando estas correlaciones entre valores de 0.316 y 0.703 con una $p < 0.005$

Test-retest

La segunda aplicación de la escala se realizó a las 6 semanas y su correlación con la primera fue de **0.75** con una $p < 0.005$

B. Muestra clínica

Total de pacientes:	93
Sexo masculino:	39 (42%)
Sexo femenino:	54 (58)%

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media de puntajes	38.655	2.761	20.057	18.598
Desv. Estándar	10.073	0.720	5.116	5.510
Error estándar	1.086	0.078	0.552	0.594

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.797
Coeficiente Spearman-Brown	0.887
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.886
Coeficiente Alfa - general	0.899
Coeficiente Alfa - ítems impares	0.799
Coeficiente Alfa - ítems pares	0.838

Confiabilidad de ítems

Ítem	Media	Desv.Est.	R Ítem- Total	Ind. Conf. Ítem	R Excl. Ítem	Alfa Excl. Ítem
1	2.655	0.969	0.683	0.661	0.626	0.891
2	2.621	0.985	0.616	0.607	0.549	0.893
3	2.115	0.999	0.645	0.644	0.581	0.892
4	2.310	1.197	0.672	0.804	0.598	0.891
5	2.609	1.299	0.551	0.716	0.452	0.899
6	2.897	1.175	0.811	0.953	0.765	0.884
7	3.218	1.236	0.593	0.733	0.505	0.896
8	2.920	1.106	0.772	0.854	0.722	0.886
9	2.897	1.104	0.799	0.882	0.753	0.885
10	2.690	1.280	0.716	0.917	0.645	0.889
11	3.402	0.928	0.579	0.538	0.513	0.895
12	2.954	1.092	0.665	0.726	0.598	0.891
13	3.161	1.004	0.652	0.655	0.589	0.892
14	2.207	0.846	0.453	0.384	0.383	0.899

El análisis de confiabilidad de los ítems muestra que las correlaciones de cada uno de éstos con el total de la escala varían desde 0.453 a 0.811 $p < 0.05$.

Correlación con escala de Rosenberg de autoestima

La escala de Rosenberg está elaborada con 10 ítems que intentan medir el grado de autoestima y su correlación con la nuestra fue de **0.62** $p < 0.005$. En este estudio el alfa de Cronbach de la escala de Rosenberg fue de 0.85.

Diferencias entre ambas muestras (escolar y clínica)

Media de los puntajes: PD = 45.500 (escolares) PI = 81.2 (67.80 - 94.60)
PD = 38.655 (pacientes) PI = 69.0 (51.00 - 87.00)

Sujetos con puntajes de 59 o más en la escala (con autoestima normal o alta):

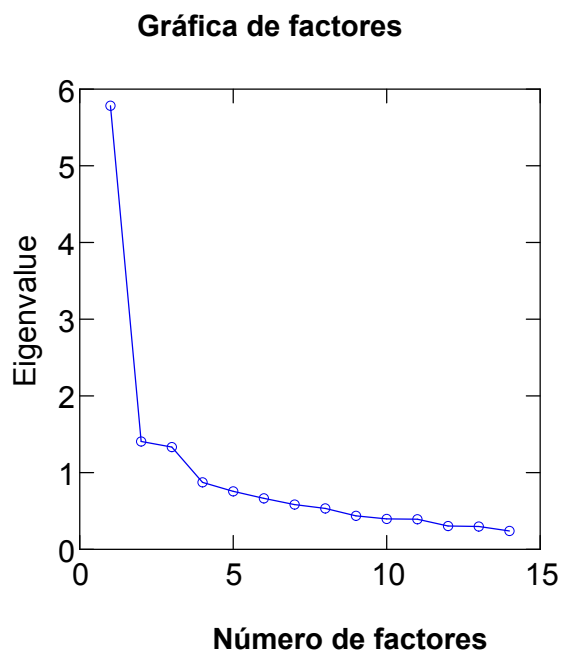
	59+	-59
Escolares	145	24
Pacientes	67	26

Chi cuadrado = 7,3508
p = 0.0006

Este resultado de la tabla de contingencia de Chi cuadrado está mostrando una diferencia estadísticamente significativa entre ambas muestras, siendo en la población clínica una mayor tendencia a la autoestima baja según esta escala.

Análisis factorial de ambas muestras juntas

La extracción de factores se hizo teniendo como guía el “Scree Plot” y obteniéndose dos factores que explican el 50% de la varianza los cuales hemos denominado “Desempeño social” y “Autosatisfacción”.



Factor I (Desempeño social) (27.822% de la varianza)

Carga factorial

1. Soy buen alumno.	0.728
2. Soy buen hijo(a)..	0.673
3. Lo que hago me sale bien.	0.562
4. Hago felices a mis padres.	0.719
10. La gente habla bien de mí.	0.557
12. Hago cosas buenas por los demás.	0.487
13. Le caigo bien a los maestros.	0.707

Factor II (Autosatisfacción) (22.258% de la varianza)

Carga factorial

5. Soy físicamente (a).	0.778
6. Soy una persona útil.	0.621
7. Hago amigos.	0.706
8. Soy inteligente.	0.638
9. Tengo buenas ideas.	0.694
14. Tengo la razón.	0.478

Correlación entre los factores

Factor	1	2
1	1.000	
2	-0.863	1.000

$p < 0.005$

La escala de Rosenberg fue sometida a análisis factorial dando dos factores de la siguiente manera:

Factor I

3. Por lo general estoy inclinado a pensar que soy un fracaso. (0.759)
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás. (0.708)
5. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso. (0.577)
6. Tomo una actitud positiva hacia mí mismo. (0.653)
9. Ciertamente me siento inútil algunas veces, (0.728)
10. A veces pienso que no soy nada bueno. (0.734).

Factor II

1. Siento que soy una persona de mérito; al menos tanto como los demás. (0.614)
2. Siento que tengo un número de buenas cualidades. (0.609)
7. En general, estoy satisfecho de mi mismo. (0.645)
8. Desearía tener más respeto hacia mi mismo. (0.769)

El primer factor tiene mucha semejanza con el de nuestra escala que denominamos “desempeño social” y el segundo con el que llamamos “autosatisfacción” aunque no sean del todo iguales.

ESCALA AUTOEVALUATIVA DE DEPRESIÓN.

D. Cardoze, M. S. Amaya

La depresión en los jóvenes y su medición

Son muchos los autores que a lo largo de la historia han abordado el tema de la depresión y han intentado describirla según la sintomatología que presenta el paciente. En la antigüedad, Hipócrates desarrolla los primeros conceptos sobre melancolía, seguido de Aristóteles, Celsus, Areteo y Alejandro de Tralles entre otros. Hacia la Edad Media, la descripción de la depresión no escapa a las influencias del pensamiento de la época, infiriéndosele características demoníacas, punitivas y sobrenaturales. Paracelso tiene una participación importante al descartar la etiología basada en espíritus para darle un origen natural. A partir de entonces, los estudiosos de esta patología señalan nuevas etiologías y clasificaciones como es el caso de Burton que le confiere las tendencias hereditarias o de Kraepelin que desarrolla uno de los primeros sistemas nosográficos en el que incluye la psicosis maníaco depresiva y describió la “melancolía involutiva” que se presentaba en los adultos mayores. Ya en el siglo XX aparecen las primeras hipótesis en relación a la génesis de la depresión y, simultáneamente, Abraham y Freud describen las formas psicodinámicas de la misma. Más tarde, Schildkraut presenta la hipótesis aminérgica, en tanto, Nemeroff y Plotsky los modelos de diátesis y estrés. (1,2,3).

Si bien muchos han desarrollado sobre el tema, todos coinciden en las características de abatimiento e inhibición que van acorde con el origen etimológico del término depresión que proviene del latín *depressio* que significa “hundimiento”. Se define, por lo tanto, a la depresión como el estado mórbido que se caracteriza por un ánimo abatido marcado por la falta de concentración y el desinterés por la propia persona y por su entorno, que lo lleva a presentar pensamientos de desesperanza, culpa y muerte, una baja autoestima, y alteraciones en los patrones de sueño y alimentación.

Las características del cuadro depresivo parecen más evidentes en el paciente adulto, sin embargo, en el niño éstas no se observan en una forma tan clara. La razón de esta diferencia puede explicarse de varias maneras. En primer lugar, el estudio de los niños como tal es bastante reciente en comparación al estudio de los adultos. No es sino hasta el siglo XVI que se consideró a los niños sujetos de estudio independientes y con propiedades diferentes a la de un “adulto pequeño” como se consideraba previamente y es apenas en el siglo XX en que se establece la separación de la adolescencia como una etapa de la vida, siendo Stanley Hall uno de los primeros en publicar sobre el tema. Por otro lado, el desarrollo de los niños no es completo, su sistema nervioso central es inmaduro y es un ser dependiente de su ambiente,

por lo que sus funciones afectivas y cognitivas no se expresan como la de un individuo con las condiciones opuestas de madurez e independencia psicológica y social.

Con los antecedentes mencionados, no resulta extraño que la depresión en niños y adolescentes fuese subestimada por años y que aún ahora haya quienes no la detecten o la confundan con otras condiciones obstaculizando el acceso a una atención oportuna y un tratamiento adecuado para los pacientes menores.

El siglo pasado dio apertura al estudio de la depresión en la población infantil y al desarrollo de investigaciones en torno al tema. Algunas de ellas, incluso, llegaban a la conclusión de que la depresión endógena no existía en menores de 13 años (Barton-Hall, 1952). Sin embargo, ya está bien definido que la depresión aparece en cualquier momento del desarrollo evolutivo del individuo y esto incluye la infancia desde muy temprano.

Los niños tienen, por su grado de desarrollo, menos capacidad para expresar verbalmente lo que los aqueja, es por ello que, con frecuencia, los estados afectivos alterados son manifestados a través de los cambios conductuales. De esta forma, gran parte de la clínica en estos pacientes se manifiesta por inquietud y alteraciones en la conducta, más allá que por retraimiento y tristeza como ocurre en los adultos. Es usual que las primeras manifestaciones se observen en la escuela, en sus juegos o por la aparición de síntomas somáticos. Sperming ya en 1959 afirmaba que los síntomas somáticos podían esconder verdaderas depresiones infantiles.

La sintomatología somática puede incluir cefaleas, dolores abdominales, trastornos en la alimentación, el sueño, la micción y la defecación, así como afecciones dermatológicas o respiratorias entre las más comunes. Aunque se mencionan poco en la literatura, las actividades de auto gratificación como la manipulación genital y la onicofagia pueden ser parte del cuadro, sobretodo si hay elementos de ansiedad asociados.

Ambrossini y Puig-Antich, en 1985, señalan que dos síntomas fundamentales que forman parte del cuadro depresivo infantil son la tristeza persistente y la anhedonia generalizada y a partir de éstos se derivan todo los otros síntomas que conforman el diagnóstico.

La clínica puede incluir entre sus presentaciones la irritabilidad, inquietud, agresividad, rebeldía y desinterés por las actividades rutinarias, escolares y sociales. Es importante destacar que estas manifestaciones suelen ser más frecuentes en el grupo adolescente.

Ryan en 1989 hace consideraciones sobre las depresiones en adolescentes y menciona en sus estudios la aparición de delirios en las mismas y la coexistencia con otras prácticas como el consumo de alcohol y drogas.

Otro aspecto importante que debe considerarse al momento del diagnóstico es la relación con el entorno. Muchos investigadores han tratado de establecer la relación que existe

entre los acontecimientos estresantes en la vida del niño o del adolescente y la aparición de síntomas depresivos. Toolan, por ejemplo señala que en el tratamiento de la depresión infantil deben considerarse aspectos como la edad del paciente, su inteligencia, aspectos de su desarrollo y las actitudes parentales. Otros autores como Sable en 1992 y Stone en 1993 dan importancia a otros aspectos como el apego, la separación y las pérdidas en el caso del primero y las situaciones de abuso en el segundo.

Las dos clasificaciones más utilizadas a nivel general son la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Ambas proponen los mismos síntomas con respecto al diagnóstico de la depresión.

El CIE-10 en la sección F-32 se refiere a las características del Episodio Depresivo incluyendo el humor depresivo, la pérdida de la capacidad de interesarse o disfrutar las cosas, acompañadas de una disminución en la vitalidad y cansancio importante. Agrega que otras manifestaciones son la disminución en la atención y la concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y de la autoestima, sentimientos de culpa, visión negativa del futuro, ideas o actos en torno al suicidio y trastornos en el sueño y en la alimentación. A su vez, los clasifica según la gravedad en leve, donde el paciente puede continuar desarrollando sus actividades escolares y sociales, moderado donde éstas se ven afectadas y pueden existir o no síntomas somáticos y por último la grave donde el afectado no puede cumplir con sus funciones y puede, además, acompañarse de síntomas psicóticos. Para los pacientes que tienen cuadros a repetición de depresión, el CIE-10 incluye el episodio depresivo recurrente.

Por su parte, el DSM-IV lo describe dentro del capítulo de los Trastornos del Estado de Animo, con el título de Trastorno Depresivo Mayor asignándosele el número 296, y señalando que debe existir un estado depresivo la mayor parte del día y en los niños y adolescentes éste puede manifestarse por irritabilidad, además, debe haber una disminución en el interés y en la capacidad de sentir placer, también forman parte de estos criterio, las alteraciones en el peso ponderal que en niños puede evidenciarse por no ganar el peso esperado, las alteraciones del sueño en sentido de insomnio o hipersomnia, la agitación o enlentecimiento psicomotor, la fatiga o disminución de la energía, los sentimientos de culpa o de inutilidad, la disminución en la concentración y los pensamientos recurrentes de muerte. El DSM-IV los divide en episodios únicos o recidivantes, clasificándolos, a su vez, en leve, moderado, con o sin síntomas psicóticos, en remisión parcial o total y no especificado.

Las diferencias más notables entre estos dos sistemas de clasificación son el número de criterios que para el CIE-10 son diez, no así para el DSM-IV ya que el primero separa los sentimientos de culpa de los de baja autoestima cosa que no hace el segundo. También las consideraciones para la división por gravedad son distintas para ambas clasificaciones.

Muchos autores han sugerido diversas formas de clasificar la depresión, algunos ejemplos incluyen a Powell y Bettes que hacen una separación de cuatro tipos en anaclítica, sensorial, hospitalismo, y falla en lograr éxitos y prosperar. Frommer, en 1967, las divide en las que se presentan con cambios en el patrón de sueño, en los hábitos o con síntomas somáticos. Diez años después este mismo autor establece una clasificación más funcional donde incluye las depresiones reactivas, las asociadas con alteraciones en el desarrollo, las que tienen características fóbicas, obsesivas y las endógenas. Connell las separa según la presencia de síntomas afectivos, patofisiológicos o compensatorios, entre los que incluye en esta última los trastornos conductuales como lo son la conducta autolesiva, el negativismo, los trastornos alimentarios, la hipocondría entre otros y Malmquist agrega a todo esto las depresiones retardadas entre las que se cuentan el duelo.

Finalmente, en 1994 Kovacs y, paralelamente, Ferro y en 2000 Goodman desarrollan estudios con población infantil en los que incluyen la variante distimia.

En la actualidad, los científicos siguen estudiando los componentes implicados en la formación de la depresión, sus características y nuevas formas de determinarla, definirla y clasificarla.

El desarrollo de las escalas con el fin de apoyar el diagnóstico clínico también ha sido amplio y complejo. Existen diversas escalas dedicadas a la depresión, algunas con fines diagnósticos otras con la intención de evaluar la evolución de la patología o la eficacia del tratamiento.

Existe un sinnúmero de escalas, pruebas, inventarios y cuestionarios que intentan definir criterios para medir la depresión. Sin embargo, mencionaremos las más usadas o bien, las más conocidas en nuestro medio, sobretodo con significado en la población infantil y adolescente.

Tal vez las que con más frecuencia escuchamos son las de Hamilton, la de Zung o el Inventario de Beck, pero estas escalas fueron diseñadas, en principio, para evaluar las depresiones en adultos. Para medir esta patología en niños y adolescentes se desarrollaron otras como los son las de Reynolds para adolescentes (RADS) y para niños (RCDS), el inventario de depresión de niños (CDI), la CDRS-R o Children Depression Rating Scale o el MDI-C que es el Multiscore Depression inventory for Children entre otras. Se han elaborado escalas para las diferentes etapas del individuo y tenemos por ejemplo la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la Depression and Anxiety in Youth Scale (DAYS), las escalas para gerontes, como la GDS e incluso escalas para condiciones específicas como lo son el duelo, el dolor crónico o la demencia. En este punto podemos considerar también la Medical Outcomes Study Depression Questionary o la de pacientes hospitalizados como, por ejemplo, la HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale.

Asimismo, muchas escuelas realizaron sus propias pruebas como es el caso de Harvard, Newcastle y el Centro de Estudios Epidemiológicos, como también hay varios autores que elaboraron sus propias escalas como lo son Hamilton, Zung, Beck, Goldberg, Montgomery y Asberg, Burns, Hassunych, Koenig entre las más estudiadas. Hacer un análisis de cada una no es el objetivo de esta revisión, sin embargo, consideramos pertinente algunas anotaciones.

La escala de Reynolds para niños (RCDS) abarca un campo que va desde los 8 a los 12 años, con la intención de identificar síntomas de depresión en niños en tanto la de adolescentes (RADS) ocupa el rango que va de 13 a 18 años. Puede administrarse en grupo o individualmente, toma unos 10 minutos y es fácil de ejecutar y corregir. Estudios realizados sobre esta escala demuestran que tiene una alta consistencia interna que va de 0.91 a 0.94 y un test retest de 0.8 con una confiabilidad del diagnóstico del 85 %.

En un estudio realizado con el fin de comparar la RADS con el inventario de Beck (BDI) se encontró que el coeficiente de Cronbach era de 0.92 para el BDI-II y de 0.91 para el RADS con un alto nivel de consistencia interna y una correlación de 0.84 para una p menor de 0.001 que hacía adecuado el inventario para diagnosticar la depresión mayor en pacientes adolescentes. Un estudio independiente del BDI reportó una consistencia interna de 0.73 a 0.92 con un coeficiente alfa de 0.86 a 0.81 para pacientes con y sin problemas psiquiátricos respectivamente.

También se han estudiado los índices de validez convergente entre el Inventario de Beck y la Escala de Autoaplicación de Depresión de Zung que resultaron elevados encontrando una correlación de 0.68 a 0.89.

El CDI es una prueba breve que ayuda a abordar aspectos cognitivos, afectivos y conductuales de niños y adolescentes deprimidos en un rango de edad que va de los 6 a los 17 años incluyendo aspectos psicológicos, médicos y de desempeño escolar y consta de 27 aspectos a evaluar. Al igual que el de Reynolds divide la población por grupos de edad que van de 6 a 11 y 12 a 17 años respectivamente. Su coeficiente de consistencia interna es de .71 a .89 y su test retest de .74 a .83.

La CDRS-R es una escala de evaluación de la depresión en niños que se inspiró en la de Hamilton para adultos y comprende 17 criterios, 3 de ellos que se basan en aspectos no verbales observados en el niño. En un estudio en niños con ideación de suicidio se observó que la intencionalidad suicida en los niños con depresión era mayor que en los que no padecían el trastorno y que la escala CDRS-R ofrecía una oportunidad significativamente importante para la detección de esta condición en niños sin la intencionalidad pero con la ideación de suicidio.

El MDS-C, Multiscore Depression Scale for Children, se propone para detectar los cambios emocionales así como monitorizar el progreso en función del tratamiento en pacientes entre los 8 y los 13 años en forma individual y con un tiempo estimado de 20 minutos.

Como hemos visto, existen múltiples instrumentos para hacer más certero el diagnóstico de depresión en niños y adolescentes, como también resultan de gran ayuda en los procesos de evaluación de la evolución de la enfermedad como de los pronósticos y tratamientos para la misma. Sin embargo, ninguna escala, prueba o inventario ha superado la observación clínica de los síntomas y la elaboración de una completa y bien dirigida historia clínica. Es importante tener presente al estudiar a los pacientes que ellos en compañía de sus padres o tutores son quienes nos proveerán la más rica información y nuestra observación minuciosa y objetiva en cada caso será lo más efectivo y, de ninguna manera, debe ser reemplazada por instrumentos estandarizados por mayor que sea su validez o confiabilidad.

La escala auto evaluativa de depresión

Los objetivos de esta escala son:

- a) Detectar la depresión y su intensidad en niños y adolescentes.
- b) Dar seguimiento a la evolución de niños y adolescentes en tratamiento por depresión.

Contiene 19 ítems con una graduación de 0 a 2 que corresponden a las opciones: NUNCA (0), A VECES (1) Y MUCHAS VECES (2).

Casi todas las escalas que se han confeccionado para medir la depresión se fundamentan en los síntomas que muestran los pacientes con este trastorno y, últimamente, en los que se describen en las clasificaciones internacionales como la de la Organización Mundial de la Salud y en el Manual de Diagnóstico de los EE.UU. o DSM, ahora en sus versiones 10 y 4 respectivamente (CIE-10 y DSM-IV). Los síntomas de la depresión se manifiestan por cambios en el estado de ánimo, la desesperanza, temores, el aislamiento social, la pérdida de los intereses, cambios en la salud física como los dolores en diversas partes del cuerpo y pérdida de la energía, alteraciones de la alimentación y del sueño, sentimientos de culpabilidad y auto desvalorización. En esta escala hemos escogido 19 ítems basados en estos síntomas y en acuerdo con nuestra experiencia con la depresión en pacientes menores de edad, especialmente adolescentes.

Estos ítems se pueden relacionar con diferentes aspectos de la depresión como se expone en la siguiente tabla.

ÍTEM	ASPECTO DE LA DEPRESIÓN
1. ¿Te dan ganas de dejar la escuela?	Pérdida de intereses y falta de energía
2. ¿Te dan pesadillas o no puedes dormir bien?	Trastornos del sueño
3. ¿Crees que es mejor no vivir?	Pérdida de los intereses y desesperanza
4. ¿Quieres estar solo(a)?	Pérdida de intereses y aislamiento
5. ¿Te dan ganas de llorar?	Trastorno del ánimo; desesperanza
6. ¿Te sientes de mal humor?	Trastorno del ánimo; irritabilidad
7. ¿Piensas que los demás no te quieren?	Auto desvalorización
8. ¿Te sientes triste?	Trastornos del ánimo
9. ¿Te duele la cabeza?	Molestias físicas
10. ¿Te sientes cansado(a) físicamente?	Pérdida de la energía
11. ¿Quisieras ser diferente?	Auto desvalorización
12. ¿Has perdido interés en cosas que antes te interesaban?	Pérdida de los intereses y pérdida de la energía
13. ¿Te sientes culpable de cosas que pasan en tu casa o con tus amistades?	Sentimientos de culpabilidad y de auto desvalorización
14. ¿Te irritas con facilidad?	Trastorno del ánimo
15. ¿Piensas que tus amigos son mejores que tú?	Auto desvalorización
16. ¿Te sientes sin ganas de hacer lo que te mandan en la escuela o en la casa?	Pérdida de la energía y de los intereses
17. ¿Piensas que todo te sale mal?	Desesperanza y auto desvalorización
18. ¿Crees que no eres buena persona?	Auto desvalorización y sentimientos de culpabilidad
19. ¿Tienes miedo de que sucedan cosas malas, terribles?	Desesperanza; temor

No se incluyeron en esta escala síntomas como el insomnio o la somnolencia, la inapetencia o el comer con ansiedad que indudablemente pueden formar parte de un síndrome depresivo, pero dada la frecuencia con estas situaciones se dan en los adolescentes por diferentes motivos, pensamos que era mejor no contar con ellos para no propiciar respuestas positivas sin fundamento en un verdadero trastorno del ánimo.

Similitud de ítems entre tres escalas

Escala de depresión de Cardoze	Escala de depresión de Zung	Inventario de depresión de Beck para jóvenes
1. ¿Te dan ganas de dejar la escuela?	-	Pérdida de interés(L)(Loss of interest in activities)
2. ¿Te dan pesadillas o no puedes dormir bien?	-	Trastornos del sueño(P)(Insomnia))
3. ¿Crees que es mejor no vivir?	Siento que los demás estarían mejor si yo Estuviese muerto.	Ideas de suicidio(I)(Suicidal thoughts)
4. ¿Quieres estar solo(a)?	Disfruto conversando...	Pérdida de interés(L)(Loss of interest in activities).
5. ¿Te dan ganas de llorar?	Siento deseos de llorar.	Llanto(J)(Crying)
6. ¿Te sientes de mal humor?	-	-
7. ¿Piensas que los demás no te quieren?	Siento que me necesitan y que soy útil.	-
8. ¿Te sientes triste?	Me siento descorazonado, melancólico y triste.	Tristeza(A)(Sadness)
9. ¿Te duele la cabeza?		-
10. ¿Te sientes cansado(a) físicamente?	Me canso sin motivo.	Fatigabilidad(T)(Fatigue)
11. ¿Quisieras ser diferente?	-	Autoimagen(G)
12. ¿Has perdido interés en cosas que antes te interesaban?	Todavía disfruto de las cosas que solía hacer.	Pérdida de interés(L)(Loss of interest in activities)
13. ¿Te sientes culpable de cosas que pasan en tu casa o con tus amistades?	- -	Culpabilidad(H)(Self-blame) E(Guilt
14. ¿Te irritas con facilidad?	Me irrito más de lo normal.	Irritabilidad(Q) (Irritability)
15. ¿Piensas que tus amigos son mejores que tú?	- -	Demérito e insatisfacción(G) (Self-dislike) (N)(Worthlessness)
16. ¿Te sientes sin ganas de hacer lo que te mandan en la casa o en la escuela?	- -	Pérdida de energía(O)(Loss of energy)
17. ¿Piensas que todo te sale mal?	Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.	Fracaso(C)(Past failure)
18. ¿Crees que no eres buena persona?	-	Demérito(N)(Worthlessness)

19. ¿Tienes miedo de que sucedan cosas muy malas, terribles?	Tengo esperanzas en el futuro.	Desesperanza(B)(Hopelessness)
--	--------------------------------	-------------------------------

* Cada ítem tiene varias opciones de respuesta que van de lo normal hasta lo patológico-depresivo.

Coincidencia entre los tres instrumentos en relación a aspectos de la depresión

	Escala de depresión de Zung*	Inventario de depresión de Beck
Escala de depresión de Cardoze	53%	84%

* Se debe tomar en consideración que la escala de Zung no es específica para menores sino de tipo general, pero la nuestra y la de Beck sí lo son, por lo que tienen mayor similitud aunque los diferentes aspectos de la depresión se planteen de maneras diferentes.

ESCALA AUTOEVALUATIVA DE DEPRESIÓN

D. Cardoze

Lee lo que se expone a continuación y trata de responder con honestidad dependiendo de cómo te sientes. Coloca un gancho o una cruz dentro de la casilla de la respuesta que elijas.

ÍTEM	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES
	0	1	2
1. ¿Te dan ganas de dejar la escuela?			
2. ¿Tienes pesadillas o no puedes dormir bien?			
3. ¿Crees que es mejor no vivir?			
4. ¿Quieres estar solo(a)?			
5. ¿Te dan ganas de llorar?			
6. ¿Te sientes de mal humor?			
7. ¿Piensas que los demás no te quieren?			
8. ¿Te sientes triste?			
9. ¿Te duele la cabeza?			
10. ¿Te sientes cansado físicamente?			
11. ¿Quisieras ser diferente?			
12. ¿Has perdido interés en cosas que antes te interesaban?			
13. ¿Te sientes culpable de cosas que pasan con tus amistades o en tu casa?			
14. ¿Te irritas con facilidad?			
15. ¿Piensas que tus amigos(as) son mejores que tú?			
16. ¿Te sientes sin ganas de hacer lo que te mandan en la escuela o en la casa?			
17. ¿Piensas que todo te sale mal?			
18. ¿Crees que no eres buena persona?			
19. ¿Tienes temor de que sucedan cosas malas, terribles?			

Conversión de puntajes

PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI
1	3	10	26	19	50	28	74	37	97
2	5	11	29	20	53	29	76	38	100
3	8	12	32	21	55	30	79		
4	10	13	34	22	58	31	82		
5	13	14	37	23	60	32	84		
6	16	15	39	24	63	33	87		
7	18	16	42	25	66	34	89		
8	21	17	44	26	68	35	92		
9	24	18	47	27	71	36	95		

Criterios o puntos de corte

Puntajes indirectos			
Ausencia de depresión	0	a	39
Depresión leve	40	a	59
Depresión moderada	60	a	79
Depresión grave	80	a	100

Estos criterios se elaboraron tomando en consideración las medias de la muestra escolar y su desviación estándar.

Estudio estadístico

A. Muestra escolar

Total de estudiantes:	169
Sexo masculino:	59 (35%)
Sexo femenino:	110 (65%)
Promedio de edad:	13.4 años (rango de 10 a 17)

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media de puntajes	11.865	0.624	6.169	5.69
Desv. Estándar	6.683	0.352	3.718	3.326
Error estándar	0.712	0.037	0.396	0.355

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.799
Coeficiente Spearman-Brown	0.888
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.885
Coeficiente Alfa - general	0.875
Coeficiente Alfa - items impares	0.787
Coeficiente Alfa - items pares	0.757

Confiabilidad de ítems

Item	Media	Desv. Est.	R Item- Total	Ind. Conf. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	1.034	0.608	0.457	0.278	0.381	0.872
2	0.775	0.595	0.538	0.320	0.470	0.869
3	0.629	0.607	0.531	0.322	0.461	0.870
4	0.517	0.620	0.402	0.249	0.320	0.875
5	0.798	0.621	0.702	0.436	0.650	0.863
6	1.079	0.707	0.528	0.373	0.445	0.870
7	0.573	0.748	0.434	0.324	0.336	0.875
8	0.225	0.492	0.409	0.201	0.345	0.873
9	0.629	0.588	0.453	0.267	0.379	0.872
10	0.899	0.735	0.626	0.460	0.552	0.866
11	0.674	0.667	0.767	0.511	0.721	0.860
12	0.472	0.620	0.599	0.371	0.534	0.867
13	0.292	0.565	0.624	0.352	0.568	0.866
14	0.798	0.639	0.536	0.342	0.462	0.870
15	0.258	0.509	0.499	0.254	0.439	0.870
16	0.303	0.588	0.671	0.395	0.618	0.864
17	0.663	0.718	0.653	0.469	0.585	0.865
18	0.629	0.677	0.625	0.423	0.557	0.866
19	0.618	0.679	0.491	0.334	0.409	0.872

Las correlaciones de cada ítem con el total fueron todas significativamente positivas variando desde 0.402 hasta 0.767 con una $p < 0.005$.

B. Muestra clínica

Total de pacientes:	93
Sexo masculino:	39 (42%)
Sexo femenino:	54 (58%)
Promedio de edad:	13.5 (rango de 10 a 17)

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media (puntajes)	14.126	0.743	7.805	6.322
Desv. Estándar	7.670	0.404	4.362	3.734
Error estándar	0.827	0.044	0.470	0.403

Datos de consistencia interna:

Correlación de dos mitades	0.793
Coefficiente Spearman-Brown	0.885
Coefficiente Guttman (Rulon)	0.879
Coefficiente Alfa - general	0.890
Coefficiente Alfa - ítems impares	0.812
Coefficiente Alfa - ítems pares	0.794

Confiabilidad de ítems

Item	Media	Desv.Est.	R Item- Total	Ind. Conf. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	0.368	0.609	0.352	0.214	0.280	0.891
2	0.552	0.602	0.510	0.307	0.449	0.886
3	0.460	0.640	0.693	0.444	0.646	0.881
4	0.667	0.689	0.467	0.322	0.392	0.888
5	0.977	0.727	0.605	0.439	0.539	0.884
6	0.862	0.664	0.572	0.380	0.510	0.885
7	0.782	0.749	0.721	0.540	0.669	0.879
8	0.874	0.675	0.674	0.455	0.621	0.881
9	0.747	0.731	0.545	0.398	0.473	0.886
10	0.552	0.639	0.593	0.379	0.535	0.884
11	1.034	0.837	0.594	0.497	0.516	0.885
12	0.552	0.707	0.523	0.370	0.451	0.886
13	0.897	0.695	0.580	0.403	0.515	0.884
14	0.851	0.766	0.621	0.476	0.554	0.883
15	0.517	0.725	0.505	0.366	0.430	0.887
16	0.885	0.668	0.678	0.453	0.626	0.881
17	0.920	0.665	0.640	0.425	0.584	0.882
18	0.529	0.658	0.549	0.361	0.485	0.885
19	1.103	0.759	0.579	0.439	0.507	0.885

El análisis de confiabilidad de los ítems muestra que todos correlacionaron con el total de la escala con valores entre 0.352 y 0.721 con una $p < 0.005$.

Test-retest

La correlación entre la primera y la segunda aplicación de la escala 6 semanas después dio **0.79** (r de Pearson) para una $p < 0.005$.

Correlación con la escala de Zung para depresión

La correlación con la escala de Zung que tiene también 20 ítems que intentan medir la depresión, mostró un valor de **0.60** la muestra escolar y de **0.64** en la clínica (r de Pearson) para una $p < 0.005$.

Los casos detectados por ambas escalas en la muestra clínica como depresivos no tuvieron diferencia significativa:

Escala	depresivos	No depresivos
Cardoze	35	45
Zung	45	35

Chi cuadrado = 2,5000
p = 0.1138 (N.S.)

La coincidencia entre ambas escalas en cuanto a puntajes en niveles de depresión fue de 80%. No obstante, hay una tendencia en la escala de Zung a puntajes más altos que en la nuestra. Así, mientras la de Zung dio como depresivos a 21(46%) pacientes que no tenían diagnóstico de depresión clínica (2 moderados y 19 leves), la nuestra dio como depresivos a 12(46%) (11 leves y un moderado). En cuanto a los pacientes que tenía diagnóstico de depresión clínica o bajo sospecha del mismo, la coincidencia fue del 88% entre ambas escalas.

Se debe hacer notar que ambas escalas tienen diferencias en cuanto a la forma y tipo de reactivos que presentan aunque ambas intentan detectar y medir la depresión. En este estudio la escala de Zung mostró una consistencia interna con el alfa de Cronbach de 0.704.

Diferencias entre ambas muestras juntas (escolar y clínica)

Media de los puntajes: PD = 12.562 (escolares) PI = 31.40 (no depresión)
PD = 14.862 (pacientes) PI = 37.15 (no depresión)

Sujetos con puntajes de 40 o más en la escala (depresión leve en adelante):

	40+	-40
Escolares	9	160
Pacientes	15	78

Chi cuadrado = 6,822
p= 0.0089

Diferencias entre pacientes que por historia clínica y sintomatología tenían diagnóstico de depresión (hecho por psiquiatras de niños y adolescentes de la sala de internamiento y según criterios de CIE-10) o en observación por el mismo, y aquellos con otros diagnósticos:

Media (depresivos) = 45.100
Media (no depresivos) = 26.667
Diferencia entre medias = 18.433 95.00% CI = 11.037 a 25.830
Diferencia entre desviación estándar = 19.809
t = 5.09. gl = 29
p < 0.0001

Estos demuestra una diferencia entre ambos grupos, depresivos y no depresivos, siendo los puntajes en la escala de depresión más altos en los primeros de forma estadísticamente significativa.

En cuanto a la cantidad de sujetos con puntajes depresivos en la muestra clínica, la diferencia entre los que tenían diagnóstico de depresión o estaban bajo sospecha del mismo y los que no, fueron así:

Sujetos	Si	No
"Depresivos" (>40)	22	34
"No depresivos" (<40)	12	46

Chi cuadrado = 4.707
p = 0.0299

Los pacientes con un diagnóstico confirmado de depresión e que incluso habían iniciado tratamiento con antidepresivos dieron todos puntajes por arriba de 40.

Correlación con la escala de autoestima

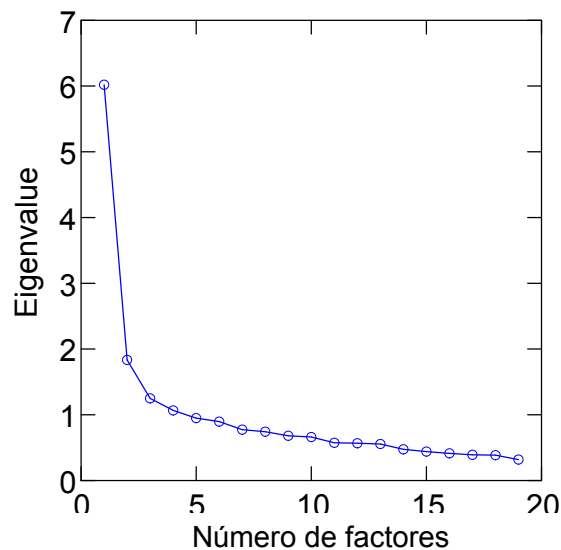
La correlación entre la escala de depresión y la de autoestima en los sujetos de la muestra escolar dio una r de Pearson de **-0.43** para una p<0.01 Y en la muestra de pacientes fue de **-52** para una p<0.01. Esto indica que hay una tendencia entre los sujetos que contestaron ambas

escalas a tener puntajes más altos en la de autoestima mientras menos en la depresión y viceversa. Se debe recordar que en la primera los puntajes altos son de buena autoestima y en la segunda de ausencia de depresión, por lo tanto, las correlaciones negativas obtenidas son las que desde un punto de vista teórico deberían darse.

Análisis factorial

La extracción de factores se hizo teniendo como guía el “Scree Plot” y obteniéndose dos factores que explican el 48% de la varianza los cuales que hemos denominado “Tristeza-Culpa”, “Desinterés-Irritabilidad”.

Gráfica de factores



Factor I (Tristeza/Culpa) (24.437% de la varianza)

Carga factorial

4. ¿Quieres estar solo(a)?	0.412
5. ¿Te dan ganas de llorar?	0.550
7. ¿Piensas que los demás no te quieren?	0.562
8. ¿Te sientes triste?	0.746
9. ¿Te duele la cabeza?	0.463
11. ¿Quisieras ser diferente?	0.693
13. ¿Te sientes culpable?	0.719
15. ¿Piensas que tus amigos son mejores que tú?	0.456
16. ¿Te sientes sin ganas de hacer o que te mandan en la escuela o en la casa?	0.700
17. ¿Todo lo que haces te sale mal?	0.571
19. ¿Tienes temor de que sucedan cosas malas, terribles?	0.640

Factor II (Desinterés/Irritabilidad) (16.902% de la varianza)

Carga factorial

1. ¿Te dan ganas de dejar la escuela?	0.728
2. ¿Tienes pesadillas o no puedes dormir bien?	0.551
3. ¿Crees que es mejor no vivir?	0.594
6. ¿Te sientes de mal humor?	0.482

10. ¿Te sientes cansado(a) físicamente?	0.756
12. ¿Has perdido interés en cosas que antes de te interesaban	0.411
14. ¿Te irritas con facilidad?	0.506
18. ¿Crees que no eres buena persona?	0.485

Correlación entre los factores

Factor	1	2
1	1.000	
2	-0.883	1.000

p<0.005

ESCALA DE ANSIEDAD GENERALIZADA

D. Cardoze

La ansiedad generalizada y su medición

Groen definió la ansiedad como una emoción desagradable característica, inducida por la anticipación de un peligro o frustración y que amenaza la seguridad, homeostasis o vida del individuo o del grupo biosocial al que pertenece la persona. Y Bakwin la consideraba como anormal cuando su frecuencia e intensidad son tales que dificultan el funcionamiento normal de una persona. Se ha querido separar la ansiedad de la angustia pero no creemos que tenga interés práctico tal diferenciación. En este sentido admitimos con Alonso Fernández que entre ambas existen diferencias de matiz: la angustia es más visceral y física, cursando con inhibición y sobrecogimiento en el plano motor; la ansiedad es más psíquica y se manifiesta más con inquietud y sobresalto.

En los niños podemos distinguir un estado de ansiedad subclínico, más o menos permanente, constitucional, y que forma parte del temperamento y estilo de vida del sujeto, y los estados de ansiedad francamente patológicos que pueden presentarse en forma de crisis, o como situaciones anormales más duraderas que pueden tener un carácter generalizado, o concretarse en formas patológicas definidas como las fobias, los trastornos obsesivo-compulsivos y otros. Aquí nos ocupamos de las formas de ansiedad generalizada, o angustia flotante, que equivalen a lo que en lenguaje popular se conoce como niño o persona nerviosa.

Las personas que padecen de ansiedad generalizada suelen estar en constante estado de expectación o aprensión, adelantándose mentalmente a posibles acontecimientos negativos o adversos que muchas veces no llegan a suceder. Estos estados pueden confundirse fácilmente con enfermedades orgánicas especialmente las que se presentan con síntomas viscerales. Entre los numerosos síntomas con que se pueden manifestar los estados de ansiedad están los síntomas cardíacos como dolor precordial, taquicardia y palpitaciones; síntomas respiratorios como sensación de falta de aire, taquipnea o respiración irregular; digestivos como dolor de estómago, náuseas, diarreas, estreñimiento, meteorismo, hiporexia o hiperfagia; circulatorios como hipotensión, hormigueo o rubor; urinarios como polaquiuria y enuresis; sensoriales como hiperestesias, parestesias, cefaleas, dolores vagos en diferentes partes del cuerpo, prurito; motrices como tics, agitación, inquietud, espasmos o tensión musculares, movimientos estereotipados, tamborileo con los dedos; del lenguaje y el habla como tartamudez, mutismo, verborrea o locuacidad; del sueño como insomnio, pesadillas, terror nocturno, sueño no reparador; y otros también frecuentes como mareos, miedos, cansancio, irritabilidad dificultades de concentración y memoria.

Shaw en su libro “Psiquiatría Infantil”, exponía como síntomas de ansiedad el estreñimiento, los dolores abdominales con vómitos, los dolores de cabeza, la enuresis y la encopresis, los tics, las pesadillas, la tartamudez, las fobias, la compulsividad, los síntomas de conversión, la ruborización o la palidez, la sudoración excesiva de las manos, la sequedad de las mucosas y el aumento de la frecuencia cardíaca.

Steinhauser y Berman afirmaban que la ansiedad tiene dos componentes: el afectivo o una sensación subjetiva de incomodidad con aprensión, inquietud, taquipsiquia, concentración errática y una moderada sensación de presentimiento; y el componente somático manifestado por taquicardia, aumento de presión sanguínea, sudoración, frialdad de extremidades, palpitaciones, dificultades respiratorias y molestias abdominales.

Por su parte, Werkman refiere como síntomas de la ansiedad en los niños las preocupaciones excesivas acerca de eventos futuros, la posibilidad de lesiones y aspectos referentes a la posibilidad de cumplir con las expectativas sociales, un estado frecuente de tensión, contorsiones de dedos, morderse las uñas, palpitaciones, nudo en la garganta, molestias gastrointestinales y respiratorias, cefaleas y como síntomas asociados: dudas obsesivas sobre sí mismo, perfeccionismo, hipermadurez, inquietud motora, onicofagia, tricotilomanía y búsqueda constante de aprobación.

Livingstone, en el libro de Texto de M. Lewis, establece como síntomas de ansiedad generalizada en niños y adolescentes los siguientes: preocupaciones excesivas sobre la propia competencia, aprobación y la conducta pasada y futura; extremada autoconciencia, incapacidad para relajarse y quejas somáticas como dolores de cabeza y abdominales sin base física.

Hollander, Simeon y Gorman describen a las personas con ansiedad generalizada como preocupadas constantemente por asuntos triviales, con temor y anticipando siempre lo peor. La tensión muscular, la inquietud, la dificultad de concentración, el insomnio, la irritabilidad, la hiper vigilancia y la fatiga son los síntomas más característicos.

La clasificación vigente en Norteamérica o DSM-IV da como síntomas de ansiedad la ansiedad y la preocupación excesivas asociadas a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

La Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento da como pautas para el diagnóstico de la ansiedad generalizada que existan los síntomas la mayor parte de los días y durante varias semanas. Estos síntomas son:

a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.).

b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotoras, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad para relajarse.

c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

Entre los autores que han confeccionado escalas o inventarios de ansiedad, los síntomas o rasgos que se exponen son:

Según Escala de Hamilton

1. Ansiedad (preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad).
2. Tensión (cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, incapacidad para relajarse).
3. Miedo (a la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones).
4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos).
5. Intelecto (dificultad para concentrarse, reducción de la memoria)
6. Humor depresivo (pérdida de interés, incapacidad para disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna)
7. Síntomas musculares (dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular)
8. Síntomas de los sentidos (zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de perforación).
9. Síntomas somáticos cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, sensación de desvanecimiento).
10. Síntomas respiratorios (sentido de pesadez o constricción torácica, sensación de sofoco, suspiros, disnea).
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómitos, borborigmos, meteorismo, pérdida de peso).
12. Síntomas genitourinarios (micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia).
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas, piloerección).
14. Comportamiento del paciente durante el examen (agitación, inquietud, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.

Según Inventario de Burns

Categoría I. Sensaciones ansiosas

1. Ansiedad, nerviosismo, preocupaciones o miedo.
2. Resolución de conflictos y argumentos.
3. Sensación de separación de todo el cuerpo o de partes del mismo.
4. Ataques de pánico súbito e inesperado.
5. Aprensión o sensación de “desastre inminente”.
6. Sensación de tensión, estrés, o de estar al límite.

Categoría II. Pensamientos ansiosos

7. Dificultades de concentración.
8. Pensamientos acelerados o en carrera.
9. Fantasías o ensueños atemorizantes.
10. Sensación de estar a punto de perder el control.
11. Miedo de volverse loco.
12. Miedo de desmayarse o desaparecer.
13. Miedo a sufrir enfermedades físicas, ataques cardíacos o morir.
14. Preocupación de parecer tonto o inadecuado.
15. Miedo de quedar solo, aislado o abandonado.
16. Miedo a la crítica o a la desaprobación.
17. Miedo de que suceda algo terrible.

Categoría III. Síntomas físicos

18. Saltos, aceleramiento o palpitaciones cardíacas.
19. Dolor, presión o constricción del pecho.
20. Hormigueos o entumecimiento de los dedos de las manos o los pies.
21. Molestias o sensación de mariposas en el estómago.
22. Constipación o diarrea.
23. Intranquilidad.
24. Tensión muscular.
25. Sudoración no producida por calor.
26. Sensación de nudo en la garganta.
27. Temblores.
28. Piernas flojas.
29. Sentirse mareado o fuera de balance.
30. Sensación de asfixia o de dificultad respiratoria.
31. Dolores de cabeza, en la nuca o en la espalda.
32. Oleadas de calor o escalofríos.
33. Sensación de cansancio, debilidad o quedar exhausto con facilidad.

Según Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada

Se presentan ítems relacionados con la ansiedad que se refieren a síntomas somáticos tales como molestias gástricas, dificultad respiratoria, sudor de manos, cansancio; trastornos para conciliar el sueño, despertarse asustado en la noche, malos sueños; falta de concentración, desasosiego cuando las cosas no salen bien, pensamientos de incapacidad, de estar aislado, de ser menos feliz, de tener a mucha gente en contra, miedo al ir a dormir en las noches, de eventos desagradables que puedan suceder a la persona y preocupaciones

generalizadas, de lo que los padres le puedan decir, de la aprobación de otros, de lo que pueda suceder; hipersensibilidad emocional, miedos y nerviosismo.

Según Escala de Taylor

Los 50 ítems de esta escala reúnen aspectos como: preocupaciones constantes, sobre eventos futuros, ideas de incapacidad y de infelicidad, falta de confianza en sí mismo, autoconciencia excesiva, inseguridad para tomar decisiones, sensación de trabajar y vivir bajo presión y estado de aprensión; hipersensibilidad emocional, miedos, nerviosismo y llanto fácil; trastornos del sueño como insomnio, pesadillas, sueños vergonzantes, sueño intranquilo; temblores de manos, ruborización, sudoración, alteraciones del ritmo cardíaco y de la respiración, sensación de hambre constante, trastornos de la motilidad intestinal y del estómago; estados de tensión e inquietud motora.

Según Inventario de Estados y Rasgos de Ansiedad para Niños de Spielberger:

Incluye ítems que se refieren al estado de ansiedad como: estar calmado, estar disgustado, sentirse agradable, estar nervioso, estar relajado, estar satisfecho, sentirse feliz, sentirse seguro, sentirse bueno, estar descansado, estar preocupado, sentirse aterrado, sentirse de buen humor, estar atemorizado, sentirse perturbado, sentirse confundido y sentirse afligido. Otros ítems se refieren a rasgos de ansiedad como sudoración en manos, taquicardia; preocupaciones acerca de los padres, del futuro, por errores cometidos, relacionadas con la escuela y con los demás y para afrontar problemas; molestias en el estómago, insomnio, miedo, infelicidad, llanto, timidez, molestarse e indecisión.

Como se puede apreciar, en casi todas las definiciones e instrumentos de detección y medición de la ansiedad, resaltan tres dimensiones que son: la psicósomática, la afectiva y la cognitiva.

En la dimensión psicósomática incluimos aquellos síntomas expresados a través de lo corporal y del movimiento.

En la dimensión afectiva integramos los síntomas que tiene como base un estado emocional alterado sin que exista claramente un componente racional o ideático mediando en el proceso.

En la dimensión cognitiva se hace referencia a conductas o actitudes causadas por distorsiones del pensamiento o por procesos cognitivos negativos.

No siempre es fácil separar las tres dimensiones desde el punto de vista teórico ni desde el punto de vista clínico-experimental, pero en todo caso, estas son las facetas o aspectos de la ansiedad generalizada que resaltan en casi todos los estudios reportados.

La escala de auto evaluativa de ansiedad generalizada

Los objetivos de la escala son:

a) Detectar la ansiedad de tipo generalizado y su intensidad en niños y adolescentes.

b) Dar seguimiento a la evolución de niños y adolescentes en tratamiento por trastorno de ansiedad generalizada.

La escala consta de 18 ítems con una graduación que va de 0 (Muchas Veces), 1 (A Veces) y 2 (Nunca o Casi Nunca).

Estos ítems fueron establecidos en base a la sintomatología conocida de los trastornos generalizados de ansiedad como los describen las clasificaciones internacionales y muchos libros de texto, además de la experiencia personal de los autores de la escala. Así, hay ítems que se refieren a síntomas psicósomáticos como las molestias digestivas, taquicardia, las cefaleas, la tartamudez ansiosa y el prurito generalizado; otros ítems hacen alusión a estados de alteración emocional o afectiva como el nerviosismo, los miedos, las dificultades para conciliar el sueño y la intranquilidad; finalmente otros se refieren a distorsiones ideáticas que provocan problemas para la concentración y preocupaciones excesivas o irreales. En esta escala los ítems se reparten así:

- Síntomas de tipo psicósomático: 38.89%
- Síntomas de tipo afectivo: 38.89%
- Síntomas de tipo cognitivo: 22.22%

<Basados en la experiencia clínica pensamos que estas proporciones se ajustan más a las formas de presentación de la ansiedad generalizada en niños y adolescentes.

Aspectos de la ansiedad a que hace alusión cada ítem

ITEMS	ASPECTOS DE LA ANSIEDAD
1. ¿Eres tranquilo(a), calmado(a)	Tensión emocional
2. ¿Tienes miedos?	Tensión emocional
3. ¿Te duermes rápidamente, sin problemas?	Tensión emocional
4. ¿Sientes como si te faltara el aire?	Psicósomático (disnea)

5. ¿El corazón se te acelera?	Psicosomático (taquicardia)
6. Cuando estás sentado(a) mucho tiempo ¿puedes mantenerte quieto(a) mucho tiempo?	Tensión emocional (inquietud motora)
7. ¿Te muerdes las uñas de las manos?	Psicosomático
8. ¿Duermes tranquilo(a) toda la noche?	Tensión emocional
9. ¿Te dan dolores de barriga o ganas de ir al servicio urgentemente?	Psicosomático (gastralgias, diarreas)
10. ¿Estás tranquilo(a) cuando tu padre o tu madre tardan en llegar a casa o buscarte a alguna parte?	Cognitivo (preocupaciones)
11. ¿Cuándo haces exámenes ¿estás calmado(a)?	Tensión emocional
12. ¿Te preocupa que puedan suceder cosas malas a tus familiares o a ti? (enfermedades, accidentes, robos, enfermedades...)	Cognitivo (preocupaciones)
13. Cuando hablas ¿se te traba a lengua?	Psicosomático (tartamudez ansiosa)
14. ¿Te dan dolores de cabeza?	Psicosomático (cefaleas)
15. ¿Vas tranquilo a lugares o reuniones donde hay gente que no conoces?	Cognitivo (preocupaciones)
16. ¿Te da picazón por todo el cuerpo?	Psicosomático (prurito)
17. ¿Te concentras bien cuando haces tareas o exámenes?	Cognitivo (preocupaciones)
18. ¿Te sientes nervioso?	Tensión emocional

Semejanzas de contenido con otras escalas

Escala de Ansiedad de Cardoze	Escala de Ansiedad manifiesta-revisada	Escala de Ansiedad de Hamilton	Escala de Ansiedad de Taylor	Inventario de Ansiedad de Burns
Molestias gástricas	Ítem 17	Ítem 11	Ítems 2, 10 y 21	Ítem 21 y 22
Taquicardia		Ítem 9		Ítem 18
Prurito				
Temores	Ítems 22 y 30	Ítem 3	Ítems 11, 37-39	Ítems 1, 11, 12, 13, 15 y 17

Inseguridad	Items 2,3,10, 11, 15 y 27	Ítem 1	Items 36, 40, 45-50	Items 14 y 16
Dificultad para concentrarse	Items 1 y 30	Ítem 5	Items 6 y 41	Items 7
Desasosiego	Items 6 y 34	Ítem 1	Items 1, 27-29	Items 1, 5 y 6
Dificultades de sueño	Items 13 , 25 y 29	Ítem 4	Items14, 22-24 y 35	
Cefaleas			Ítem 4	Ítem 31
Dificultad/respiración	Ítem 5	Ítem 10 y 14	Ítem 18	Ítem 30
Intranquilidad	Items 33	Ítem 2	Ítem 34	Items 20 y 23
Morder uñas				
Tartamudez ansiosa				

**Concordancia en la similitud de ítems que aluden
a los diferentes aspectos de la ansiedad generalizada**

	Escala de ansiedad manifiesta	Escala de Ansiedad de Hamilton	Escala de Ansiedad de Taylor	Inventario de ansiedad de Burns
Escala de Ansiedad de Cardoze	62%	70%	70%	70%

ESCALA AUTOEVALUATIVA DE ANSIEDAD GENERALIZADA

D. Cardoze

Lee con atención lo que se te pregunta a continuación y contesta con honestidad dependiendo de cómo te sientas. Coloca un gancho o una cruz dentro de la casilla de la respuesta que elijas.

Nombre: _____	Edad: _____	Sexo: F M
Fecha: ____/____/____ Aplicador: _____		
Lugar de aplicación: _____		
Puntaje directo: _____	Puntaje indirecto _____	Criterio: _____

ÍTEM	MUCHAS VECES	POCAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1 ¿Eres tranquilo(a), calmado(a)?	0	1	2
2. ¿Tienes miedos?	2	1	0
3. ¿Te duermes rápidamente, sin problemas?	2	1	0
4. ¿Sientes como si te faltara el aire?	0	1	2
5. ¿El corazón se te acelera?	0	1	2
6. Cuando estás sentado(a) o acostado(a) ¿te puedes mantener quieto(a) mucho tiempo?	2	1	0
7. ¿Te muerdes las uñas de las manos?	0	1	2
8. ¿Duermes tranquilo(a) toda la noche?	2	1	0
9. ¿Te dan dolores de barriga o ganas de ir al servicio urgentemente?	0	1	2
10. ¿Estás tranquilo cuando tu madre o tu padre tardan en llegar a la casa o a buscarte a alguna parte?	2	1	0
11. Cuando haces exámenes ¿estás calmado(a)?	2	1	0
12. ¿Te preocupa que puedan suceder cosas malas a tus familiares o ti? (enfermedades, accidentes, robos, asaltos, etc.)?	0	1	2
13. Cuando hablas ¿se te traba la lengua?	0	1	2

14. ¿Te dan dolores de cabeza?	0	1	2
15. ¿Vas tranquilo(a) a lugares o reuniones donde hay gente que no conoces?	2	1	0
16. ¿Te da picazón por todo el cuerpo?	0	1	2
17. ¿Te concentras bien cuando haces tareas o exámenes?	2	1	0
18. ¿Te sientes nervioso(a)?	0	1	2

Conversión de puntajes

PD	PI	PD	PI	PD	PI	PD	PI
1	3	10	28	19	53	28	78
2	5	11	30	20	55	29	80
3	8	12	33	21	58	30	83
4	11	13	36	22	61	31	86
5	14	14	39	23	64	32	89
6	17	15	40	24	67	33	92
7	19	16	44	25	69	34	94
8	22	17	47	26	72	35	97
9	25	18	50	27	75	36	100

Criterios o puntos de corte

	Puntajes indirectos		
Ansiedad intensa	81	a	100
Ansiedad moderada	64	a	80
Ansiedad leve	40	a	61
Sin ansiedad importante	0	a	39

Para estos criterios se tomó en consideración la media y la desviación estándar de los puntajes de las muestras escolar y clínica en forma aproximada.

Estudio estadístico

A. Muestra escolar

Total de pacientes	101
<u>Escuela pública:</u>	49(48.5%)
Sexo Masculino	23(47%)
Sexo femenino	26(53%)
<u>Escuela privada:</u>	51(51.5%)
Sexo masculino	33(65%)

Sexo femenino 18(35%)
 Promedio de edad: 14 años (rango de 10 a 17)

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media (puntajes)	12.515	0.695	5.733	6.782
Desv. Estándar	5.587	0.310	2.995	3.148
Error estándar	0.559	0.031	0.299	0.315

Datos de consistencia interna:

Correlación de dos mitades	0.654
Coeficiente Spearman-Brown	0.791
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.790
Coeficiente Alfa – general	0.765
Coeficiente Alfa – ítems impares	0.585
Coeficiente Alfa – ítems pares	0.629

Confiabilidad de ítems

Item	Media	Desv.Est.	R Item- Total	Ind. Conf. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	0.535	0.573	0.400	0.229	0.308	0.756
2	1.020	0.675	0.339	0.229	0.226	0.762
3	0.911	0.733	0.512	0.375	0.405	0.749
4	0.287	0.533	0.313	0.167	0.223	0.762
5	0.525	0.712	0.542	0.386	0.442	0.746
6	0.802	0.771	0.582	0.449	0.479	0.742
7	0.812	0.841	0.328	0.276	0.185	0.769
8	0.386	0.674	0.486	0.328	0.385	0.751
9	0.535	0.638	0.387	0.247	0.283	0.758
10	0.673	0.746	0.318	0.237	0.191	0.766
11	0.752	0.763	0.487	0.372	0.373	0.751
12	1.455	0.752	0.510	0.383	0.400	0.749
13	0.723	0.677	0.462	0.313	0.359	0.753
14	0.911	0.746	0.565	0.421	0.463	0.744
15	0.663	0.761	0.485	0.369	0.371	0.752
16	0.426	0.650	0.550	0.358	0.461	0.745
17	0.277	0.448	0.319	0.143	0.244	0.760
18	0.822	0.695	0.442	0.307	0.333	0.755

Todas las correlaciones de los ítems con el total fueron superiores a 0.30 con una $p < 0.005$.

Test-retest

La correlación entre el test y el retest aplicado 6 semanas después fue de **0.73** para una $p < 0.005$.

B. Muestra clínica

Total de pacientes:	49
Sexo masculino:	24 (49%)
Sexo femenino:	25 (51%)
Promedio de edad:	14.3 años (rango de 10 a 17)

	Total	Promedio	Impares	Pares
Media	13.204	0.734	5.959	7.245
Desviación estándar	5.353	0.297	3.090	2.818
Error estándar	0.773	0.043	0.446	0.407

Datos de consistencia interna

Correlación de dos mitades	0.641
Coeficiente Spearman-Brown	0.781
Coeficiente Guttman (Rulon)	0.779
Coeficiente Alfa - general	0.736
Coeficiente Alfa – ítems impares	0.592
Coeficiente Alfa – ítems pares	0.527

Confiabilidad de ítems

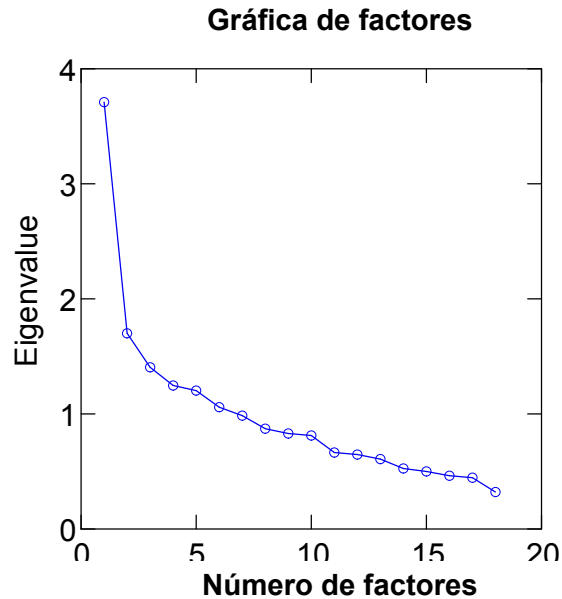
Ítem	Media	Desv.Est.	R Item- Total	Ind. Conf. Item	R Excl. Item	Alfa Excl. Item
1	0.490	0.610	0.126	0.077	0.012	0.747
2	0.735	0.598	0.335	0.201	0.231	0.731
3	0.796	0.808	0.553	0.446	0.434	0.712
4	0.408	0.603	0.379	0.228	0.276	0.728
5	0.571	0.670	0.559	0.375	0.464	0.711
6	0.735	0.693	0.554	0.384	0.454	0.712
7	1.020	0.892	0.427	0.380	0.276	0.730
8	0.449	0.641	0.598	0.383	0.512	0.708
9	0.653	0.687	0.386	0.265	0.269	0.728
10	0.755	0.846	0.146	0.124	0.012	0.758
11	0.633	0.661	0.564	0.372	0.470	0.711
12	1.612	0.600	0.266	0.160	0.158	0.736
13	0.735	0.722	0.510	0.369	0.400	0.716
14	1.082	0.778	0.359	0.279	0.223	0.733
15	0.673	0.766	0.648	0.497	0.553	0.700
16	0.490	0.703	0.434	0.305	0.319	0.724
17	0.388	0.487	0.095	0.046	0.004	0.744
18	0.980	0.654	0.706	0.462	0.636	0.697

El 83% de las correlaciones de los ítems con el total resultaron significativas con una probabilidad entre 0.025 y menor de 0.005.

Correlación con la Escala de Ansiedad Manifiesta revisada: la correlación entre ambas escalas fue de **0.76** con una $p < 0.005$.

Análisis factorial de ambas muestras juntas

La extracción de factores se hizo teniendo como guía el “Scree Plot” (Gráfica de factores) y obteniéndose tres factores que explican el 38.4% de la varianza (se pierde el 14% de la varianza de los factores originales), los cuales que hemos denominado “Psicosomático”, “Inseguridad-Temor” y “Tensión emocional”. En este caso el “Scree Plot” sugería extraer dos factores pero no resultaba una factorización adecuada y se perdía mucho de la varianza explicada por los factores.



Factor I (Psicosomático) (14.076% de la varianza)

Carga factorial

5. ¿El corazón se te acelera?	0.457
7. ¿Te muerdes las uñas de las manos?	0.506
9. ¿Te dan dolores de barriga o ganas de ir al servicio urgentemente?	0.666
12. ¿Te preocupa que puedan suceder cosas malas a tus familiares...?	0.500
14. ¿Te dan dolores de cabeza?	0.543
16. ¿Te da picazón por todo el cuerpo?	0.642
18. ¿Te sientes nervioso(a)?	0.588

Factor II (Inseguridad/Temor) (10.533% de la varianza)

Carga factorial

1. ¿Eres tranquilo(a), calmado(a).	0.326
2. ¿Tienes miedos?	0.300
10. ¿Estás tranquilo(a) cuando tu padre o tu madre tardan en llegar a casa o a buscarte a alguna parte?	0.626
11. Cuando haces exámenes, ¿estás calmado(a)?	0.696
15. ¿Vas tranquilo a lugares o reuniones donde hay gente que no conoces?	0.400
17. ¿Te concentras bien cuando haces tareas o exámenes?	0.469

Factor III (Tensión emocional) (13.257% de la varianza)

Carga factorial

3. ¿Te duermes rápidamente, sin problemas?	0.759
4. ¿Sientes como si te faltara el aire?	0.420
6. Cuando estás sentado(a) mucho tiempo ¿puedes mantenerte quieto (a) mucho tiempo?	0.545
8. ¿Duermes tranquilo(a) toda la noche?	0.754
13. Cuando hablas, se te traba la lengua?	0.451

Correlación entre los factores

Factor	1	2	3

1	1.000		
2	-0.587	1.000	
3	-0.323	-0.281	1.000

p<0.01

Factor I	0.633 p< 0.005
Factor II	0.390 p< 0.005
Factor III	0.466 p< 0.005

Correlaciones de los factores con la Escala de Ansiedad Manifiesta

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Abdi H. Factor Rotations in Factor Analyses. En Lewis-Beck M, Bryman A, Enciclopedia of Social Sciences. Research Methods. Thousand Oaks, CA. 2003.

Alonso Palacios M.T. "La afectividad del niño" 6ta edición Trillas. México. 2001.

Ambrossini J y Puigh-Antich J Mayor Depression in Children and Adolescents. The Clinical Guide to Child Psychiatry, Free, NY 1985.

Apiquián R., Fresán A., Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología. Escalas en Español. Ciencia y Cultura Latinoamericana, S.A. de C.V. JGH Editores. México, 2000.

Astudillo C, Díaz C. y grupo. "Autoestima en el adolescente y estilos de crianzas parentales" [www. geocities.com/heartland/farm/8810/investig/](http://www.geocities.com/heartland/farm/8810/investig/).

Backwin H., Bakwin R.M. Desarrollo psicológico del niño: normal y patológico. Nueva Editorial Interamericana S.A. México, 1974.

Barkley R. Attention Déficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. The Guilford Press. New York, 1990.

Barton-Hall M (1952) Our Present Knowledge about manic-depressive states in childhood. citado por C.P.Malmquist en Manual of Child Psychopathology. Ed B.B.Wolman, p.497-540 McGraw Hill, New York 1972.

Bowlby J. Los cuidados maternos y la salud mental. Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1982.

Branden N. "Los seis pilares de la autoestima". Paidós. Barcelona. 1994.

Brites G., Almoño L.. Inteligencias Múltiples: juegos y dinámicas. Buenos Aires. Bonum. 2004.

Brown L., Schwarts P., Udvari-Solner A., Kampschroer EF., Johnson F., Jorgensen J. & Gruenewald L. How much time should students with severe intellectual disabilities Spend in regular education classroom and elsewhere? Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 16, 39-47, 1991.

Burns D. D. Burns Anxiety. http://www.counselorsinc.com/Burns_Anxiety.htm 1990.

Cañizales MA. Estudio para validar una escala de ansiedad infantil. Tesis de Licenciatura. Facultad de Humanidades de la Universidad de Panamá, Escuela de Psicología. Panamá, 1987.

Cardoze D. Observación y Registro de la Depresión en el Niño. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 17, No. 2, 1985.

CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditor. Madrid, 1992.

Connell HM (1972) Depression in Childhood. Citado por Kovacs y Beck en Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Raven press, p 1-27 New York 1997.

Correché M. Penna F. y cols. "Niveles de estrés y su relación con las dimensiones del constructo, auto concepto en estudiantes de nuevo ingreso de La Universidad Nacional de San Luis".
www.conedsup.unsl.edu.ar

De Paúl J. y Arruabarrena M.I. Maltrato a los niños en la familia. Ediciones Pirámide, Madrid, 1999

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A.Barcelona, 1995.

Devilly GJ. The Revised Children's Manifest Scale (RCMAS).<http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/affect/rcmas.html>

Elejabarrieta F.J., Iñiguez L. Construcción de Escalas de Actitud de tipo Thurst yLikert. U.A.B. <http://anaya.uab.es/iniguez/materiales/escalas>

Escala de Hamilton para Evaluación de la Ansiedad (HRSA). http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala_ansiedad1.htm

Feldman R.. Psicología: Con aplicaciones para Iberoamérica. México. McGrawHill. 1995.

Fernández A. Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1977.

Ferro T, Carlson GA. Grayson P Klein D. Depressive Disorders: Distinction in Children. J AmAcad Child Adoles Psychiatry, 33, 640-670,1994

Frommer E (1968) Depressive illness in Childhood. Citado por Citado por J de Ajuriaguerra, Manual de Psiquiatría Infantil, 4ª. Ed. Masson, Barcelona España, p 660. 2000.

Frommer E. Manegement of Medical Treatment in Childhood Psychiatric Disorder. Citado porCardoze, D en la Tesis sobre Las Depresiones Infantiles, Facultad de Sevilla España, 1979.

Garaigordobil M. "Un estudio correlacional de las vinculaciones entre la conducta social con otras variables socio-cognitivas y afectivas del desarrollo infantil". Revista de Psicología de la educación. Volumen 4. 1993.

Garrison K. "Psicología de los adolescentes". Marfil España. 1968.

Grau Martínez A y Meneghello J. "Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la adolescencia". Panamericana. Argentina. 2000.

Groen J. Estudio psicósomático de la ansiedad en las enfermedades internas. Actas del Simposio del Hospital San Lucas. Ámsterdam, 1973.

Guess D., Mulligan M. The severely and profoundly handicapped in E. I. Meyen (ed), Exceptional children and youth: An introduction. Denver: Love, 1982.

Herrera F. "Cómo interactúan el autoconcepto y el rendimiento académico en uncontexto educativo pluricultural". www.campus-oei.org.

Heward, W. Niños Excepcionales. España. Madrid, Prentice may, 5ª ed. 1998.

Hollander E, Simeon D y JM Gorman. Trastornos de ansiedad en R. Hales, SC Yudofsky y JA Talbott: DSM IV/Tratado de Psiquiatría, Tomo I. Masson. Barcelona, 2001.

- Howell J., Miller P., Park H.H, Sattler D., Schack T., Sperry E., Wildham S. Writing @CSU: Writing Guide: reliability and validity. <http://writing.colostate.edu/references/research/relval/com2a4.cfm>
- Kalter N. Growing up with divorce. Ballantine Books Edition, 1991.
- Kerling F.N. Enfoque Conceptual de la Investigación del Comportamiento. Editorial Interamericana. México, 1979.
- Kline P. An Easy Guide to Factor Analysis. Routledge. Londres, 1994.
- Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C y Parrone PL. Childhood-onset Disthymic Disorder.Clinical Feature an Prospective Naturalistic Outcome. Arch Gen Psychiatry, 51, 365-374,1994.
- Krifetz D, Steel R, Nazli G, Beck A, Convergent Validity of the Beck Depression InventoryII with the RADSi in Psychiatric Inpatients. J of Personality Assessment, 2002, vol 78, núm3 pag 451-460.
- Livingston R. Anxiety Disorders en M. Lewis: Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Second Edition. William and Wilkins, Baltimore, 1996.
- Malmquist CP Depressive Phenomena in Children. En Manual of Child Psychopathology. McGraw Hill, p 497-540. New York 1972.
- Moreno Sigüenza Y. “Estudio de las influencias del autoconcepto multidimensionso sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana”. Universidad dValencia 2004. www.tdx.cesca.es.Tesis.uv
- Papalia, D. Desarrollo Humano. Editorial McGraw-Hill, 1997.
- Papalia D. “Psicología del desarrollo” 8va edición McGraw Hill.Bogotá. 2001.
- Pichardo Martínez C y Amezcua J. A. “Diferencias de género en el autoconcepto de sujetos adolescentes”. Anales de Psicología. Volumen 6. 2001.
- ostel J, Quetel C. Historia de la Psiquiatría. Ed Fondo de Cultura Económica, S.A.México, DF. 1993.
- Powell CF, Bettles BA Infantil Depression, nonorganic failure to thrive and DSM-III-R: a different perspective. Child Psychiatry and Human Development 22, 185-198.
- Racusin G.R., Moss N.E. Psychological Assesment of Children and Adolescent en M. Lewis: Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 2nd. Ed. Williams & Wilkins. Baltimore, 1996.
- Rodríguez Sacristán J., Cardoze D. Rodríguez J, Gómez-Añón ML, Benjumea P, Pérez Ríos J. Sistemas objetivos de medida: Experiencias con el inventario español de depresiones infantiles (CEDI) Modificado de Kovacs y Beck. Reo Neuropsiquiatría Infantil 1984; 2: 65-74.
- Rojtenberg, S. Depresiones y antidepresivos de la neurona y de la mente, de la molécula de la palabra, ed. Panamericana, 2001, Bs As argentina.
- Rowland C. Communication in the classroom for children with dual sensory impairments: studies of teacher and child behavior. Augmentative and Alternative Communication, 7, 262-274, 1990.
- Ryan N. Mayor Depression. Handbook of Psychiatry Diagnosis, Wiley, NY 1989.
- Sailor W., Haring, NG. Some current directions in education of the severely/multiplyhandicapped. AAESPH Review, 2, 67-68, 1977.

Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, Validez y Datos Normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psychothema*, vol 10 num 2, pp 303-338, 1998.

Shaw CR. *Psiquiatría Infantil*. Editorial Interamericana, México, 1969.

Sperling M (1959). Equivalent of Depression in Children. Citado por J de Ajuriaguerra, *Manual de Psiquiatría Infantil*, 4ª. Ed. Masson, Barcelona España, p 660. 2000.

Spielberg C.D., Gorsuch RL, Lushene RE. STAI, *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press, Inc, 1968.

Stanley Hall. *Adolescence* (1904). citado en *Psicología del desarrollo* 7ª edición, Papalia D y Wendkos Olds S. McGraw Hill Mexico 1999.

Steinhauser D, Berman G. *Psychological problems of child in the family*. 2a Ed. 1977.

Strauss M.A. *Beating The Devil Out of Them*. Lexington Books, New York. 1994.

Systat 10.2 Statistics I. Richmond CA. 2002

Taylor J. The manifest anxiety scale. *J, Abn Soc Psychology*. 48:285-290, 1953

Terrádez Gurrea M. *Ánisis de Componentes Principales*. UOC www.uoc.edu

Toolan JM *Therapy of Depressed and Suicidal Children*. *Am J of Psychoterapy* 32, 243-251, 1978.

Valdés Díaz M, Arroyo Serrano C. “Las creencias irracionales y la autoestima como estrategia de afrontamiento en anoréxicas y bulímicas”. *Interpsiquis* 2004 gonzalomorande.eresmas.net

6allejo Ruiloba J. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. Editorial Masson, 5ª Edición, Barcelona, 2003.

Viñas F, Ballabriga M, Doménech E, *Evaluación de la Severidad de la Ideación Suicida Autoinformada en Escolares de 8 a 12 años*. *Psychothema*, vol 12 N 4, pp 594-598 2000.

Werkman S. *Anxiety Disorders* en H. Kaplan, AM Friedman y BJ Sadock: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Third Edition. Williams and Wilkins. Baltimore, 1980.

Woolfolk A.. *Psicología Educativa*. 6ª ed. México. Prentice Hall. 1996.

